

TVANG

I Psykiatrisk Sykehus.

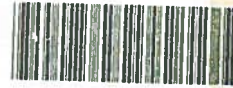
av

Mariann Skar

Hovedoppgave i Sosiologi.
Seksjon for Sosialpolitikk.
ISV/Universitetet i Tromsø.
Høsten 1993.
Veileder: Yngvar Løchen.

ISV/900

153



94C001093

VEDLEGG - KORREKSJON TIL TABELL NR 12 OG 13.

Fotnotene til tabell nr 12 og 13 har falt ut ved siste utskrift.

Tabell nr 12 - fotnote:

32. Data er hentet fra Driftsplan - NPS 1992, vedlegg 2: "Kartskisse over forskjellige deler av organisasjonen.
33. Data er hentet fra Budsjettforslag 1992 - Åsgård sykehus, i følge informant ved økonomikontoret er antall stillinger uendret.

Tabell 13 - fotnote:

35. Data er hentet fra avdelingssykepleier.
36. Data er hentet fra budsjettet 1993 for NPS. For Åsgård er data hentet fra Personalplan 1993. Ved A2 utgjør midlertidige stillinger/engasjement 5,91 og er implest i tallene.
37. Data er hentet fra 08 postene i budsjettet for 1993 og er planlagt forbruk.

Mariann Skar

TVANG

I Psykiatrisk Sykehus.

av

Mariann Skar

Hovedoppgave i Sosiologi.
Seksjon for Sosialpolitikk.
ISV/Universitetet i Tromsø.
Høsten 1993.
Veileder: Yngvar Løchen.

Forord.

Før arbeidet med den foreliggende oppgaven ble satt i gang, ble det rettet henvendelser til en rekke instanser for å få tillatelse til å samle inn data om bruken av tvang innenfor psykiatrien. Rent tidsmessig varte denne "usynlige" delen av hovedoppgavearbeidet like lenge som selve undersøkelsen og skrivearbeidet, det vil si fra april 1992 til januar 1993. Dette forteller noe om en del av helsevesenet som er svært opptatt av å beskytte sine klienter og pasienter. Faren ved et slikt beskyttelsesinstinkt er at man risikerer å stenge ute konstruktive innspill fra omverdenen. Oppgaven er et eksempel på at innsyn og debatt allikevel er mulig, og forhåpentligvis vil den bidra til en konstruktiv debatt om bruken av tvang innenfor psykiatrien.

Første søknad ble sendt til Regional komite for medisinsk forskningsetikk, Helseregion V. Prosjektet ble anbefalt under forutsetning av at Sosialdepartementet kom med en juridisk klarlegging. Jeg er varamedlem i kontrollkommisjonen ved Åsgård sykehus. Spørsmålet dreiet seg om rollen som forsker og varamedlem i kontrollkommisjonen er forenlige.

Sosialdepartementet oversendte søknaden til Helsedirektoratet for å få en prinsipiell avgjørelse. Helsedirektoratet gav også dispensasjon fra taushetsplikten, slik at jeg kunne få innsyn i taushetsbelagte opplysninger. Tillatelsen var i orden under forutsetning av at det ble oppnevnt en legekyndig biveileder. Professor stipendiat Georg Høyner ved Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø ble oppnevnt og jeg takker for nyttige kommentarer underveis.

Nordland Psykiatriske Sykehus og Åsgård Sykehus mottok en søknad med forespørsel om tillatelse til å gjennomføre prosjektet.

Begge sykehus har kommet med nyttige bidrag og nødvendig informasjon. Jeg retter en takk til alle fra staben til pleiepersonalet ved de enkelte sengeposter.

Kontorpersonalet ved akuttpostene fortjener en blomst for utførelse av til tider nærmest detektivlignende arbeid.

Takk til alle som har hjulpet meg på ulike måter. Spesielt veileder professor Yngvar Løchen har kommet med mange nyttige innspill og er en utrolig inspirasjonskilde.

Tromsø, august 1993

Mariann Skar

FORORD

1.0.	INNLEDNING	1
1.1.	Problemstilling.	3
1.2.	Om Tema.	5
1.3.	Presentasjon av sykehusene.	7
2.0.	FORUTSETNINGER FOR BRUK AV TVANG I PSYKIATRIEN.	9
2.1.	Lovens plassering.	9
2.2.	Tvangsinnleggelse av psykiatriske pasienter.	10
2.3.0.	Bruk av tvangsmidler under institusjonsoppholdet.	14
2.3.1.	Mekaniske tvangsmidler.	16
2.3.2.	Isolasjon.	17
2.3.3.	Skjerming.	17
2.3.4.	Legemidler som tvangsmiddel.	18
2.4.0.	Tvangsbehandling under institusjonsoppholdet.	19
2.4.1.	Anvendelsesområde for bruk av legemidler.	20
2.4.2.	Tvangsbehandlingens dilemma.	21
2.5.	Sammenfatning.	22
DEL 1:		
3.0.	VARIERER BRUKEN AV TVANG ?	24
3.1.0.	Kan sengepostene sammenlignes?	26
3.1.1.	Resultat av stikkprøven.	26
3.2.	Fremgangsmåte for å vurdere variasjon i bruk av tvang.	28
3.3.0.	Presentasjon av funn.	29
3.3.1.	Særtrekk ved de enkelte sengeposters bruk tvangsmidler.	31
3.3.2.	Forskjellene mellom sengepostene/sykehusene.	36
3.4.	Sammenfatning.	42
4.0.	KAN MEDIKAMENTELL BEHANDLING "SKJULE" TVANGSBRUK?	
4.1.	Fremgangsmåte.	44
4.2.	Er det forskjell i bruk av legemidler ?	45
4.3.	Er det forskjell i bruk av tvangsbehandling ?	47
4.4.	Forholdet legemidler og tvang.	48

DEL 2

5.0.	HVORFOR VARIERER BRUKEN AV TVANGSMIDLER ?	50
6.0.	DE YTRE RAMMEFAKTORER.	54
6.1.	Forholdet mellom sykehuset og omgivelsene.	55
6.2.	Personell ved akuttpostene.	57
6.3.	Sengepostens størrelse.	61
6.4.	Sengepostens utseende.	62
6.5.	Organisering av sengeposten.	64
6.6.	Liggetida i sengeposten.	66
6.7.	Sammenfatning.	67
7.0.	KOMPETANSE HOS PERSONALET.	69
7.1.	Klargjøring av kompetansebegrepet.	70
7.2.	Teoretisk utdanning og sammensetning av personalet.	72
7.3.	Stabilitet og arbeidslivserfaring.	74
7.4.	Personalets vei fra novise til ekspert.	75
7.5.	Sammenfatning.	80
8.0.	NORMER OG VERDIER I SENGEPOSTEN.	82
8.1.	Psykiatrisk teori og forholdet til anvendelse av tvang.	84
8.2.	Sengepostenes forhold til ideologiene.	86
8.3.	Ulike normer, verdier og forventninger.	88
8.4.	Personalets holdning og motivasjon.	91
8.5.	Pasientens møte med psykiatrien.	92
8.6.	Sammenfatning.	93
9.0.	AVSLUTNING.	95
9.1.	Om metoden.	97
9.2.	Om tema.	98

**LITTERATURLISTE.
VEDLEGG.**

Amalie Skram utgav i 1895 romanene "Professor Hieronimus" og "På St. Jørgen". Her beskriver hun en kvinnes kamp mot galskapen og opplevelsen av å være innlagt på en lukket avdeling. Kampen mot autoritetene står sentralt.

Ken Kesey's roman "Gjøkeredet" beskriver livet på sinnsykehuset. Vi opplever en hverdag preget av kontroll, høye gjerder, innelåsing, medisiner og "gruppeterapi". Hovedpersonen gjør opprør og tar blant annet medpasientene ut på tur. Konsekvensen blir lobotomi for "opprøreren".

Romanene er forskjellige. De er skrevet med nærmere 70 års mellomrom, av henholdsvis en kvinne og en mann og fra hver sin side av Atlanterhavet. Likevel finnes det flere likhetstrekk. Asylet som et fristed der det er godt å være når en er syk og i akutt krise, er langt fra kjennetegnet.

Er romanene like aktuelle eller har det skjedd forandringer? Er bruk av tvang overfor psykiatriske pasienter fortsatt en del av hverdagen?

Mennesker med sinnslidelser finnes i alle kulturer. Undersøkelser har for eksempel vist at forekomsten av schizofreni og manisk-depressivitet i befolkningen er omkring 1% (NOU1988:8:38). Eksistensen av visse sinnstilstander synes altså å være et universelt fenomen. Alle samfunn som er studert har hatt medlemmer med spesielt ansvar for å ta hånd om de sinnslidende (Waal,1980).

Men forståelsen av sinnslidelsen varierer mellom de ulike kulturer. Variasjonen forekommer både over tid i et historisk perspektiv og mellom de ulike kulturer. Sinnslidelsen tolkes over en skala fra å være et uttrykk for besettelse av onde ånder, til en biologisk "feilkonstruksjon"

i hjemmen. Behandlingen vil variere i takt med årsaksforklaringen (Waal,1980).

Tvangstiltak overfor psykiatriske pasienter er kjent fra alle land med et organisert psykisk helsevern. Valg av midler samt omfang varierer. I noen land foretrekkes isolasjon, mens mekaniske tvangsmidler sees på som det største ondet. I andre land er det omvendt, slik som i Norge (NOU 1988:8:61). Annerledes var det i Norge rundt 1920, da ble det brukt omkring 450.000 timer isolering på en pasientpopulasjon på rundt 4.500, mens mekaniske tvangsmidler bare unntaksvis ble brukt (Norges Offisielle Statistikk i Høyser og Drange 1991).

I et historisk perspektiv ser det dermed ut til at behandlingen av sinnssyke henger sammen med tidens sykdomsoppfatning. Betegnelsen "Moral treatment" forbindes vanligvis med de store asylreformatorene på slutten av det 18.århundre. Historien om Pinel som løsner de sinnssykes lenker i Biétre og kvekeren Tukes mønsterasyl i York "The retreat" går igjen i historiske oversikter over psykiatrien¹. De beskrives som de som bragte inn humanitet og respekt for den sykes menneskeverd. Den syke var tidligere blitt kontrollert ved hjelp av lenker og bur. Nå ble de ytre tvangsmidler for en stor del fjernet. Den sykes egen indre, moralske kontroll skulle settes i stedet. Den moralske behandling var et forsøk på å internalisere samfunnets normer for dattet og fornuftig atferd i den syke. Foucault beskriver prinsippet slik(1991:205):

Det gjaldt ikke å begrense en frihet i raseri, men å tegne opp og forherlige et område av den enkle ansvarlighet, hvor enhver manifestasjon av galskap ville bli knyttet til straff.

Asylpersonalet kontrollerte den syke ved to midler; Egen moralsk autoritet og trusselen om en eller annen form for korporlig straffelse.

Høyser og Drange(1991) fremhever at Pinel ikke hadde prinsipielle motforestillinger mot bruk av tvangsmidler. Derimot vokste bevegelsen "the non-restraint movement" frem 40-50 år senere. John Conolly var den fremste talsmannen som stod for en total avskaffelse av alle

¹Foucault(1991) gir en spennende beskrivelse av galskapens historie som samfunnsmessig fenomen gjennom tidene. Psykiatriens historie er beskrevet av flere som Ericson(1974), Ose(1976). Høyser og Drange(1991) har flere kilder spesielt i forhold til anvendelse av tvang.

typer tvangsmidler. Som direktør ved Hanwell-asylet med 800 pasienter avskaffet han all bruk av tvangsmidler i løpet av fire måneder. Ideologien om "non-restraint" var koblet til en sterk tro på at alle sinnslidelser var psykologiske lidelser, og at behandlingen måtte være av psykologisk karakter (moral treatment). Men bare noen tiår etter Conollys død i 1866 var sykdomssynet et annet og tvangsmidlene tilbake i bruk.

Fra omkring 1920 og fremover ble årsaken til sinnslidelsen hovedsaklig forklart biologisk. Behandlingen bestod i utprøving av ulike medikamentelle sjokkbehandlinger og lobotomering. Dagens psykiatere karakteriserer epoken som et dystert og mørkt kapittel i psykiatriens historie.

Behandlingen av psykiatriske pasienter i sykehus skjer i all hovedsak i en lukket verden som kun tidvis gjøres til gjenstand for offentlig debatt. Det ser ut til at det trenges en skandalesak, en rebell eller et opprør for å starte en debatt, jmfør "Reitgjerdet". Joar Tranøy startet medie debatten omkring lobotomeringen av psykiatriske pasienter med offentliggjøringen av sine funn i avisene. Dette resulterte i oppnevningen av et utvalg som fikk i oppdrag å utrede saken.

Lobotomiutvalgets utredning (NOU 1992:25) viste at lobotomi som behandlingsmetode **varierte** sterkt fra land til land og fra sykehus til sykehus. Utvalget gir ikke en entydig begrunnelse, men sier(s.61):

forskjellene kan nok ikke bare forklares ved en rent faglig uenighet mellom overlegene. Også de etiske implikasjoner må ha spilt en rolle.....En annen faktor som kan ha spilt en rolle var sykehusdekningen...

Utvalget avslutter med å påpeke hvordan lukkede systemer som tvangssorgen lett utsettes for den risiko å utvikle en uheldig praksis.

1.1. Problemstilling.

Mitt spørsmål blir derfor; Hvorfor brukes det tvang overfor de psykiatriske pasienter? Skyldes det egenskaper ved pasientens lidelse eller er det andre/utenforliggende faktorer som

bestemmer anvendelsen av tvang? For å besvare spørsmålene vil jeg sammenligne akuttpostene ved to psykiatriske sykehus.

Akuttavdelingene ved de to nærmeste psykiatriske sykehus ble valgt ut. Årsaken er tildels praktisk, de er lettest tilgjengelige. Sykehusene har en del ytre likhetstrekk som befolkningsgrunnlag, lange avstander og tilnærmet like levekår i pasientgrunnet. Videre hevder "ryktebørsen" blant fagfolk at disse to sykehus har ulik praksis med hensyn til tvangsmiddelbruk.

Første del av oppgaven vil dreie seg om spørsmålet: *Varies bruken av tvangsmidler fra et psykiatrisk sykehus til et annet - eller mellom ulike sengeposter?* Jeg har forstått at en vanlig forklaring på variasjon i tvangsmiddelbruk er at de som bruker mye tvang gir lite legemidler. Det vil derfor bli undersøkt om det finnes en tilsvarende variasjon i den ordinære medikamentelle behandling.

Dersom variasjon i anvendelsen av tvangsmidler kan påvises, vil Del 2 i oppgaven dreie seg om å finne en forklaring på: *Hvorfor varierer bruken av tvangsmidler?* Ved å studere bruken av tvangsmidler og akuttavdelingene håper jeg å komme på sporet av mulige forklaringer på ulik praksis. Dette bygger på den grunnleggende forståelsen at bruken av tvangsmidler ikke skjer i et vakuum, men i samspill mellom mennesker, innenfor formelle strukturer og på basis av holdninger og verdier.

Variasjon i anvendelse av tvangsmidler kan skyldes at det er ulike kulturer rundt pasienten. Sorokin(1947 i følge Martinussen, 1984) definerer kultur som:

"helheten av de oppfatninger, verdier og normer som de samhandlende personer besitter, og helheten av de materielle formidlere som objektiverer, sosialiserer og bringer videre disse oppfatninger.

Dersom mitt primære mål hadde vært å studere kulturen, ville en antropologisk tilnærming være den naturlige. Jeg har i stedet valgt ut tre forhold som jeg ut fra litteratur og ut fra kjennskap til feltet mener er av særlig betydning. Flere sosiologer som for eksempel Yngvar Løchen(1984), William Caudill(1958), Stanton & Schwartz(1954) har på hver sin måte vist

hvilke faktorer som er av betydning og hva miljøet rundt pasienten betyr.

Første steg vil være de ytre rammefaktorer - hva er likheten og hva er forskjellen mellom de to sykehus eller sengepostene? Jeg tenker da på omgivelser, antall pasienter pr. enhet, antall ansatte, stillingskategorier osv. Neste steg vil være å se på personalets kompetanse - hvor lenge har personalet vært ansatt, deres arbeidslivserfaring og sammensetning av fagpersonell. Det tredje og siste steg vil være å forsøke å få et innblikk i hvilke normer og verdier som er rådende i sengeposten.

1.2. Om Tema.

Utgangspunktet er at bruk av tvang overfor psykiatriske pasienter er et onde som i størst mulig grad bør unngås. Bruk av medikamentell eller mekanisk tvang er en alvorlig inngripen i den personlige integritet.

Søkelyset er og har vært rettet mot pasientens menneskerettigheter og om rettssikkerhet mot vilkårlige eller urimelige inngrep i pasientens frihet, integritet og rett til selvbestemmelse. Kravene er nedfelt og kommer til uttrykk i en rekke internasjonale avtaler som FN konvensjonen, Europa-konvensjonen eller særtekster som omhandler psykiatriske pasienter, så som Hawaii-deklarasjonen (NOU 1988:8:96 og NOU 1992:25:59).

Psykiatriske pasienter er utsatt for ulike former for tvang som kan gi seg ulike uttrykksformer. På den ene siden de uformelle aspektene som går fra motivering til overtalelse til direkte trusler. På den andre siden er de mer formelle aspektene i henhold til loven, og det er de jeg primært vil være opptatt av.

Helsedirektoratet har eksplisitt kommentert at jeg **ikke** har anledning til å ta kontakt med pasienter eller deres pårørende. Jeg kan derfor ikke vurdere hva pasienten selv måtte oppleve som tvang.

Det er ofte vanskelig å definere overgangen fra frivillighet til tvang. Grensen kan ansees indirekte angitt i någjeldende lov om psykisk helsevern § 4, der det er bestemt at frivillig

innleggelse kan skje blant annet om "*pasienten har evne til selv å ta bestemmelsen*". Et snevert tvangsbegrep får en ved å kun reservere bruken til de tilfeller der pasienten protesterer eller gjør fysisk motstand. Eller grensen kan settes ved informert samtykke. Bruk av skjønn er neppe til å unngå. Når en pasient har vanskeligheter med å gi et klart uttrykk for sin vilje, må det foretas en tolkning (NOU 1988:8:116).

I mange situasjoner er det kun i forhold til konteksten og de som samhandler en kan forstå om det anvendes tvang. Et eksempel kan hentes fra tvangsmiddelprotokollen². Et medikament er oppført på en pasient med dato og klokkeslett. Men teksten er overstrøket og påført en begrunnelse om at pasienten tok medikamentet frivillig. Som utenforstående vil jeg hevde at frivilligheten her måtte bestå i at pasienten la seg på senga uten at fem mann holdt vedkommende.

Jeg er opptatt av å se nærmere på anvendelsen av det som innenfor "Lov om psykisk helsevern" defineres som tvang. Det vil bli redegjort for hva som skal til for å bli tvangsinnlagt i psykiatrisk sykehus. Videre hvilke kriterier som må oppfylles for å kunne anvende tvangsmidler, både mekaniske og legemidler. Skillet mellom det å anvende legemidler som tvangsmiddel og det å tvangsbehandle pasienter vil bli klargjort.

Arbeidet med å finne ut om det er variasjon mellom akuttpostene ved de to sykehus er en ren kvantitativ tilnærming. Det vil si at jeg har foretatt en opptelling fra protokollene. Premissene for arbeidet vil det bli redegjort for i kapittel 3 og 4.

I min søken etter forklaringer på variasjonen i anvendelsen av tvangsmidler er det nærliggende å trekke frem Berger og Luckmanns(1979) beskrivelse av den sosial interaksjon i hverdagen. De hevder at den mest betydningsfulle opplevelse av andre finner sted i ansikt til ansikt situasjoner. Man opplever hverandres nærvær og det skjer en utveksling av uttrykksmåter. Jeg har i liten grad hatt anledning til å studere de nære relasjoner, på grunn av de tids- og ressursrammene som arbeidet med hovedoppgaven foregår innenfor.

²Tvangsmiddelprotokoll er et dokument utgitt av Sosialdepartementet. Personalet er pålagt å nedtegne bruk av tvangsmidler i denne.

Våre holdninger og verdier vil påvirkes av den kulturen vi er omgitt av. De danner igjen basis for vår atferd og hvordan vi uttrykker våre tanker og følelser. I det daglige tar vi vår kulturs atferdsregler og uttrykksformer som en selvfølge. Dette kan vi si kommer til uttrykk når hovedtyngden av informantene hevder at ved deres sengepost brukes det lite tvang.

Kultur, verdisett og normer er nært knyttet til hverandre. Martinussen drøfter også den kulturelle variasjon og dominans. Når vi ser på et samfunn vil vi ofte finne en hovedkultur og flere subkulturer eller underkulturer. Innenfor et sosialt system med mange medlemmer vil vi ofte finne en hovedgruppe med visse felles karakteristika ved medlemmenes oppfatninger og normer og et antall underkulturer som gjelder mindre grupper. Vi kan se på sykehuset som en hovedgruppe, med de ulike sengepostene som undergrupper - eller at det utvikles undergrupper på hver sengepost.

1.3. Presentasjon av sykehusene.

De to organisasjonene som skal sammenlignes er akuttavdelingene ved Nordland Psykiatriske Sykehus og Åsgård sykehus.

Nordland Psykiatriske Sykehus(NPS) ligger et par kilometer utenfor Bodø sentrum. Sykehuset ble åpnet i 1902 og var da bygget opp etter mønster av et fransk slott. Dengang var navnet Rønvik Asyl for Sindsyke. Som de fleste andre asyl fra denne tiden drev også Rønvik et gårdsbruk, fram til begynnelsen på 1980-tallet.

Sykehuset er blitt betydelig modernisert de siste år og fremstår i dag som en vakker bygning med en fin park rundt området. I 1982 åpnet man nye lokaler på Mellomåsen, hvor Barne- og Ungdoms-psykiatrisk avdeling og Salten Psykiatrisk senter er lokalisert.

NPS har funksjon som sentralsykehus for Nordland. I tillegg er det lokalsykehus for Salten-regionen som ivaretas av Salten Psykiatriske Senter (for den voksne del av befolkningen) og Barne- og Ungdomspsykiatrisk poliklinikk (for den yngre del av befolkningen).

Nord 4 er akuttavdeling for Nordfylket, regionen Ofoten, Lofoten og Vesterålen. Sør 4 er

akuttavdeling for sørfylket, regionen Rana, Vefsn og Sandnessjøen. **Salten A** er akuttavdeling for befolkningen i Bodø og Salten-området. Hver sengepost har plass til 10 pasienter.

Dagens sengetall ved NPS er 154 senger (Driftsplan 1992). Nordland hadde i følge Statistisk årbok for 1992 - 239.311 innbyggere og av dem bodde 62% i tettbygde strøk. Departementets norm er på 0,5 seng pr 1000 innbygger og NPS skulle da hatt cirka 120 senger.

Åsgård sykehus(Åsgård) ligger et par kilometer utenfor Tromsø sentrum. Sykehuset ble vedtatt bygd i 1924, men stod først ferdig i 1961. Åsgård ble bygd for å oppfylle tidens ideal - en stor institusjon som var preget av effektivitet. Sykehuset er bygd opp av flere små hus som er knyttet sammen med en lang korridor. Også her er det anlagt gårdsdrift i tilknytning til sykehuset.

Sykehuset er under kontinuerlig modernisering. Akuttpostene flyttet inn i nye avdelinger høsten 1991, men måtte flytte ut etter kort tid på grunn av en tragisk brann. Sykehuset ligger i naturskjønne omgivelser med friområde, lysløype og med utsikt til sjøen.

Åsgård fungerer som sentralinstitusjon for både Troms og Finnmark. I tillegg skal det være lokalsykehus for Tromsø med omegn.

Akuttposten består av to sengeposter - **A1** og **A2**, hver med 15 pasienter. Begge sengepostene tar imot pasienter fra både Troms og Finnmark. I tillegg er det ved sykehuset etablert en midlertidig avdeling, POA - Prosjekt overskudd akutt. Disse pasientene registreres ved akuttavdelingen, men er ikke medregnet i mine data.

Dagens sengetall ved Åsgård er 90 senger (Budsjettforslag 1992). I følge Statistisk Årbok 1992 har Troms 146.716 innbyggere, hvorav 60% bor i tettbygde strøk, mens Finnmark har 74.524 innbyggere, hvorav 72% bor i tettbygde strøk. Dette medfører at sengetallet i følge departementets norm skulle ha vært cirka 111 senger.

2.0. FORUTSETNINGER FOR BRUK AV TVANG I PSYKIATRIEN

Ved dårlig helse er det vanlig å oppsøke en lege. Legen vil vurdere situasjonen og anbefale hvile, medikamenter eller operasjon. Vanligvis bestemmer den syke selv om han eller hun vil ta imot behandlingen. Så er ikke tilfellet dersom vedkommende defineres som alvorlig sinnslidende og kommer inn under "Lov om Psykisk Helsevern"³.

I følge Lov om Psykisk Helsevern kan pasienten tvangsinnlegges i institusjon på ubestemt tid. Dette står i motsetning til frihetsberøvelsen etter straffeloven, som er tidsbestemt.

Under institusjonsoppholdet kan det brukes tvangsmidler som isolat, belter eller legemidler. Tvangsmedisinering er et akutttiltak på linje med bruk av belter eller isolat. Medikamentet skal gis for å roe pasienten og det skal brytes fort ned i kroppen, uten å etterlate seg varige spor. Det kan også foretas tvangsbehandling med legemidler.

I prinsippet kan tvangsmidler benyttes overfor frivillig innlagte pasienter. I følge Høyer/Drange(1991) tyder all erfaring derimot på at det er utelukkende tvangsinnlagte pasienter som utsettes for tvangsmiddelbruk.

2.1. Lovens plassering.

Rettsregler for det psykiske helsevern finnes for det første i spesiallovene; lov om psykisk helsevern, sykehusloven og legeloven. For det andre er det gitt en rekke forskrifter i henhold til lovene. For det tredje gjelder de generelle lover som forvaltningsloven, arbeidsmiljøloven, offentlighetsloven, skade-erstatningsloven med flere, her, som i andre deler av samfunnet (Rasmussen 1991).

³ Lov om Psykisk Helsevern av 28 april 1961 nr 2 med endringer, sist ved lov av 19.juni 1989 nr 87".

Sinnslidende har vært i en rettslig særstilling siden Gulatingslovene. Hvorvidt sinnslidende fortsatt har behov for særskilte lover har i liten grad vært diskutert i Norge. I 1981 oppnevnte Regjeringen et lovutvalg for psykisk helsevern. Mandatet var å utrede behovet for nye rettsregler i det psykiske helsevern. De leverte sin hovedinnstilling våren 1988 (NOU 1988:8 Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke). Ny lov er enda ikke vedtatt.

Utvalget hevder at et regelverk med strenge og presise vilkår for etablering av tvunget psykisk helsevern vil føre med seg en begrensning av omfanget, mens vide og vagt formulerte vilkår kan føre til økt omfang. Dette er sannsynligvis korrekt.

Likevel er det slik at regler i seg selv ikke er tilstrekkelig til å ivareta pasientens rettssikkerhet. Jurister følger ofte fagfolks anbefalinger. Her kan det vises til både Høyers(1986) forskning omkring kontrollkommisjonenes funksjon i Norge eller internasjonalt til for eksempel en undersøkelse foretatt i New York (Zito,Craig, Wanderling:1991) der det viste seg at domstolene fulgte fagfolkenes innstilling i 92% av tilfellene. I følge Andenæs(1991:72) er:

Det mest åpenbare problemet når saksforholdet skal beskrives, er manglende innsikt og i mange tilfeller overdreven tillit til andre faggrupper.

Regler og rettigheter ser ut til å ha en begrenset verdi som kommer pasienten tilgode kun ved fagfolks åpenbare feilvurderinger.

2.2. Tvangsinnleggelse av psykiatriske pasienter.

Lov om psykisk helsevern gir adgang til frivillig og tvungen innleggelse.

Tvangsinnleggesreglene inneholder to sentrale paragrafer. Paragraf 3 hjemler tidsbegrenset innleggelse for undersøkelse. Vilkåret er at det foreligger en forsvarlig begrunnet mistanke om at vilkårene i paragraf 5 er oppfylt. Paragraf 5 hjemler tvangsinnleggelse på ubestemt tid.

Det er overlegen som fatter avgjørelse om tvangsinnleggelse. Men flere vilkår må være

oppfylt for at en person lovlig kan innlegges på ubestemt tid i henhold til lovens § 5 første ledd.

For det første må det foreligge begjæring fra kompetent person eller offentlig myndighet.

For det andre må det foreligge en legeerklæring. Den tilkalte lege skal ikke være ansatt på den institusjonen som tar imot pasienten.

For det tredje må pasienten ha en alvorlig sinnslidelse. I følge Rasmussen(1991:389) er *alvorlig sinnslidelse* et rettsvilkår. Det er et juridisk begrep og ikke en diagnose. I praksis har det ofte blitt tolket slik at bare psykoser har vært ansett som "alvorlig sinnslidelse". Psykosebegrepet er i seg selv omstridt, slik at avgjørelsen vil være skjønnspreget.

For det fjerde kreves det at minst ett av tre tilleggsvilkår er oppfylt. Disse tilleggsvilkår viser hvilke hensyn samfunnet vil at det psykiske helsevern skal ivareta. I og med at de er bestemmende for inntaket av pasienter, er de også bestemmende for helsevernets oppgaver.

Det ene er behandlingshensynet: Innleggelse er *nødvendig(...)* for å hindre at utsikt til *helbredelse eller vesentlig bedring forspilles*. Øgar (1981:58) viser at institusjonene mente behandlingshensynet var relevant for 17% av de tvangsinnlagte. Dilemmaet her kan kanskje best oppsummeres med et sitat fra Helweg's⁴ retspsykiatriske lærebog(Vestergaard,1985) ...

foreløpig er (resultaterne af en bestemt behandlingsmetode) lidt for usikre til at man med frejdighed tør anse undladelse af denne behandling for uforsvarlig.

Det andre hensynet er omsorgshensynet: Innleggelse(...) er *nødvendig for å hindre at han lider overlast*. Øgar (1981:58) viser at institusjonene mener at hensynet er relevant for 88% av de tvangsinnlagte. Det psykiske helsevern har altså en klar omsorgsprofil. Dette kan være et gode. Det er imidlertid reist tvil om det kreves at den syke faktisk lider overlast eller om en fremtidig mulighet er tilstrekkelig. Er det rett at man kan tvangsinnlegges i institusjon på bakgrunn av hva noen frykter kan skje i fremtiden?

⁴Sitatet er hentet fra Helwig selv om hans lærebok er gammel, fordi han sier med få ord - det de fleste bruker en hel artikkel på å uttrykke. For eksempel i "Galskap på rett vei"1985 - 17 innlegg om moderne psykiatri - er det nettopp problemene ned å behandle pasienter som omtales. Sinnslidelser kan ikke behandles på linje med ørebetennelse - en tablett kur, så er man frisk.

Prosentandelen er så høy fordi psykogeriatriske pasienter er innbefattet i dette hensynet. Det kan med god grunn antas at flere vil lide overlast ved å bli overlatt til seg selv.

Det tredje hensynet loven skal ivareta er sikkerhetshensynet: *Den syke er til vesentlig fare for seg selv eller andre*. Det er lovgivers ønske at farlighet skal tas hånd om av helsevesenet. Øgar (1981:58) viser at 4% av de tvangsinnlagte ble ansett som farlige for andres liv og helse, 6% som farlige for seg selv. Willadsen (1985) hevder at de sinnsyke ikke er farligere enn alle andre. Tvertimot hevder hun at menneskenes historie viser at alle kan være farlige overfor seg selv eller andre, og at det er umulig å forutsi når vulkanen av disse følelser eksploderer. Det blir derfor problematisk å tvangsinnlegge en person av sikkerhetshensyn.

Videre hevder hun at suicidale personer er til fare for seg selv. Men er ønsket om å begå suicid sterkt nok og tilstede over lengre tid er det ikke mulig å unngå det. Konsekvensen for henne er derfor at man må gjøre alt som er menneskelig mulig for å forhindre suicid ved akutte situasjoner, men et vedvarende suicidalønske kan ikke rettferdiggjøre tvang overfor noen.

Dersom de forannevnte betingelser foreligger har overlegen anledning til å utøve skjønn ved vurderingen av hvem som skal tvangsinnlegges.

Helt ubegrenset er imidlertid ikke skjønnsutøvelsen. Etter legelovens § 27 har enhver lege plikt til å yte hjelp når det er "påtrengende nødvendig". Videre har fylkeskommunen plikt⁵ til å opprette og drive minst en psykiatrisk avdeling med plikt til å motta pasienter (Eskeland,1983).

Overlegens skjønnsutøvelsen kan være gjenstand for overprøving av såvel kontrollkommisjon som domstol.

Begrepene som benyttes ved tvangsinnleggelse er sterkt faglig skjønnspreget og med tilknytning til kulturelle, etiske og politiske normer, begreper og betraktninger. Øgar(1981:58)

⁵ Etter § 6 i sykehusloven,jfr.lovens § 2 sjette ledd

uttaler om institusjonenes tvangsinnleggelsespraksis etter paragraf 5:

Forskjellen mellom de psykiatriske sykehus når det gjelder anvendelsen av paragraf 5 er imidlertid enda mer interessant. Reitgjerdet utgjør som forventet det ene ytterpunkt med 99%. Det andre ytterpunkt er Ringvål med 5%. (.....) Vi aner i alle fall at det kan ligge til dels betydelige forskjellige faglige vurderinger bak dette, noe som kommer like tydelig fram når vi ser på tilleggs-kriteriene.

NOU 1988:8 (s.60) påviser at hyppigheten av tvangsinnetak er nesten 3 ganger så stor i Oslo som i Trøndelag. Den samme variasjonen finnes i de andre skandinaviske land. Det vises blant annet til en svensk utredning fra 1981 som viser at antall tvangsinnleggelser skjer hyppigst i områder med høy sengefaktor. Men dette slår ikke til i Norge der Troms/Finmark har den laveste sengefaktoren, men høyest tvangsinnleggingsrate. Man kunne da tenke seg at mangel på alternativ fører til økt bruk av institusjonene. Men Oslo har det best utbygde poliklinikk og hjemmesykepleie tilbudet og er på topp når det gjelder tvangsinngrep. Dette viser at det ikke er enkelt å finne forklaringer på tvangsinnleggelsespraksis.

Tvangsinnleggelser etter paragraf 3 og 5 har hatt følgende utvikling de siste ti år. Tallene innbefatter alle innleggelser ved psykiatriske institusjoner og avdelinger:

Tabell 1: Antall tvangsinnleggelser⁶ etter paragraf 3 og 5.

	1981	1983	1985	1987	1989	1991
§3	1277	1557	1884	1258	2591	2620
§5	2652	3456	3296	2499	3717	3706
Sum	3929	5013	5180	3757	6308	6326

⁶ Tallene er hentet fra Helseinstitusjoner 1981, 1983,1985,1987,1989 og 1991. Tallene for første gangs innleggelser og reinnleggelser er lagt sammen.

Tallene forteller bare om antall tvangsinnleggelses. En og samme person kan være innlagt flere ganger. Tvangsinntak i psykiatrisk institusjon skjer hyppigere enn noen gang tidligere. Årsaken kan skyldes en markert tendens til å gjøre oppholdet i institusjon så kort som mulig. En konsekvens er hyppigere reinnleggelses. Antall personer som til enhver tid befinner seg under tvangsvilkår i psykiatrisk institusjon i forhold til folketallet steg frem til midten av 1900-tallet og har deretter avtatt vesentlig. Antall førstegangsinleggelses under tvang har stort sett vært stabilt de senere år (NOU 1988:8 s 59).

2.3.0. Bruk av tvangsmidler under institusjonsoppholdet:

Høyser og Drange (1991) samlet etter initiativ fra Helsedirektoratet høsten 1988 inn oversikter fra alle psykiatriske sykehus, avdelinger og klinikker om bruk av mekaniske tvangsmidler og isolasjon første halvår 1986 og 1988. Bakgrunnen for undersøkelsen var at det i den senere tid har vært hevdet at bruken av tvangsmidler i psykiatriske avdelinger er økende.

Første halvår 1988 ble mekaniske tvangsmidler nyttet overfor 203 pasienter, tilsvarende 10.767 timer totalt, mens isolering ble benyttet overfor 73 pasienter, tilsvarende 3.914 timer i samme periode. Resultatene viste at det ikke var noen signifikant endring i det totale timetallet for bruk av tvangsmidler i de to periodene, men flere personer ble utsatt for tvangsmiddelbruk i 1988. I følge forfatterne har mønsteret i tvangsmiddelbruken endret seg de senere år. I dag er det en klar dominans av de mekaniske tvangsmidler, mens isolering blir brukt i mer beskjeden grad.

Lov om psykisk helsevern har forskrifter⁷ om tvangsmidler, der isolat, belter og farmakologiske midler kan benyttes. I forskriftene⁸ nevnes en del forhold som ikke regnes som tvangsmidler, selv om det faktisk benyttes tvang. Det er blant annet avlåsning av rom om natten for desorienterte og forvirrede pasienter, benyttelse av spesialhansker for selvbeskadigende pasienter, skinner for fysisk funksjonshemmede med mere.

⁷ Forskrifter om tvangsmidler er gitt i henhold til Lov om psykisk helsevern § 2, 5.ledd. forskriftene er fra 15/7/83, skriv nr 3 ad kap 6.

⁸ Forskriftenes § 3 nr 2 og § 3 nr 1, fjerde avsnitt omtaler de forhold som ikke regnes som tvangsmidler.

Vilkårene for å benytte tvangsmidler finner vi i forskriftene §2. For det første kan de bare benyttes preventivt; for å forhindre at pasienten skader seg selv eller andre. De kan altså hverken benyttes som straff eller behandlingsmiddel. Korporlig refselse er ikke tillatt⁹. Atferd som må oppfattes som en alvorlig trussel overfor medpasienter, vil etter omstendighetene kunne begrunne bruk av tvangsmidler.

For det andre kreves det at situasjonen er alvorlig. Forholdene må gjøre det *uomgjengelig nødvendig og lempeligere midler må ha vist seg åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige*. Det eneste unntak fra disse vilkår er at isolat kan benyttes helt kortvarig for å forhindre at behandlingsmulighet forspilles.

Beslutningen om bruk av tvangsmiddel er et enkeltvedtak. Hovedregelen er at legen må treffe vedtaket. Men personalet kan gjøre bruk av et tvangsmiddel i en akutt nødsituasjon der lege ikke kan tilkalles og det er nødvendig å anvende slikt middel. Lege må deretter omgående underrettes og ta standpunkt til bruken av tvangsmidlet. Beslutningen skal være skriftlig og begrunnet. Den skal nedtegnes såvel i pasientens journal som i tvangsmiddel-protokoll utgitt av Sosialdepartementet.

Når tvangsmidler benyttes skal det alltid være personale i nærheten. Pasienten skal lett kunne påkalle vedkommende og ha jevnlig tilsyn, jf forskriftenes § 5.

Bruk av tvangsmidler skal gjøres så kortvarig som mulig. Ved langvarig sammenhengende bruk utover 8 timer skal det sørges for at pasienten gis friere forpleining i kortere eller lengre tid. Skulle ikke tilstanden og forholdene tillate dette skal årsaken anføres i journal/tvangsmiddelprotokoll, jf forskriftenes § 5 og § 6.

Det er ikke gitt særskilte regler om klage. Kontrollkommisjonen er pålagt å føre et alminnelig tilsyn med bruken av tvangsmidler. Kontrollkommisjonen har ikke adgang til å oppheve beslutning om tvangsmiddelbruk.

⁹I følge Forskrifter ad kap 6, skriv nr 3 - §1.

2.3.1. Mekaniske tvangsmidler.

Bruk av mekaniske tvangsmidler er den eldste, mest endefremme måten å kontrollere en pasient på. Som det står i Magnus Lagabøters Landslov av 1274 "*En galen mand er sin arvings myndling...Han kan sætte den galne fast ,hvis han vil"*. Tvangstrøye og belter er sjelden fremstilt som terapi¹⁰.

Med belte tenker jeg her på magebelte, fotremmer og håndremmer. Hensikten med disse er å begrense kroppens naturlige bevegelser. Armer og ben kan bevegges noe, selv om man er lenket til sengen.

Enhver form for fysisk tvang er ulovlig dersom formålet er å straffe pasienten. Hva som ligger i begrepet straff er ikke uten videre klart. I følge Eskeland(1983:75), er det sentrale at pasienten ikke påføres et fysisk onde som en direkte reaksjon på en atferd som er uønsket. Nødvendigheten av bruk av fysisk tvang vil avhenge av vurderingen som gjøres. Lempeligere midler skal være forsøkt, fordi bruk av tvangsmidler er forholdsvis lite ressurskrevende, samtidig som det gir høy grad av kontroll.

I følge NOU 1988:8 (s148) vil bruk av mekaniske tvangsmidler som belter kunne ha vesentlig forskjellig karakter avhengig av formålet med tvangsmiddelbruken og pasientens holdning til den. For enkelte pasienter vil begrenset bruk av mekaniske tvangsmidler være langt mer tjenlig og et mindre inngripende tiltak enn for eksempel tvangsmedisinering eller overflytting til annen avdeling.

Viser det seg nødvendig å nytte tvangsmidler gjentatte ganger, plikter ansvarshavende lege å søke overføring til institusjon hvor tilstanden kan vurderes og behandles mere effektivt og om mulig uten tvangsmidler, jf forskriftenes §7.

¹⁰Psykiater Barbro Sandin har brukt belter i terapeutisk øyemed ved Sæter klinikken i Sverige. Slik jeg forstod henne i samtale brukte hun belter på svært syke pasienter, nærmest autistiske. Hun fremhevet at bruken var frivillig og varte i 5-6 uker. I følge henne selv ble hun kastet ut av klinikken og arbeider i dag som privatpraktiserende.

2.3.2. Isolasjon.

Som isolering regnes anbringelse bak avlåst dør i godkjent isolat, enerom e.l. Ved isolering av personer under 14 år eller særlig umodne personer over 14 år, skal en av personalet alltid være tilstede i rommet eller i naborommet med ulåst dør til isolatet. Isolering skal vanligvis ikke vare mer enn 2 timer og maksimalt 4 timer dersom det er personale tilstede i rommet.

Med spørsmålet om isolasjon kommer vi rett inn i det uklare grensefeltet mellom terapi og tvang. Isolasjon på institusjoner for sinnssyke har vært brukt på tre forskjellige måter: Dels i virkelig terapeutisk hensikt overfor pasienten som ble isolert, dels for å skaffe de andre pasientene ro og personalet avlastning, dels som disiplinærmiddel.

Etter utvalgets (NOU 1988:8) oppfatning er det grunn til å sette stramme grenser for bruk av isolering i enerom. Det er her tale om et alvorlig og ofte sterkt traumatisk inngrep, hvor det vil være fare for direkte behandlingsmessige skadevirkninger. Faren for misbruk er også betydelig.

2.3.3. Skjerming

I følge Høyer og Drange (1991) kan det i en del tilfeller være problematisk å definere hva som er tvangsmiddelbruk. Grenseoppgangen mellom skjerming og isolering er et godt eksempel.

Skjerming¹¹ beskrives som en metode som:

tar utgangspunkt i den akutt-psykotiske pasientens behandlingsbehov. Den skjer ved at et personalmedlem oppholder seg sammen med pasienten i et oversiktlig og begrenset miljø (som regel pasientens rom), og den har også elementer av grensesetting og struktur. Samtidig skal den være stimulusbegrensende uten å være depriverende.

¹¹Sitatet er hentet fra Informasjonshefte A 2 - Åsgård sykehus; skrevet av Thor Kristian Island som henviser til von Krogh 1982.

Det hevdes videre at den vanligste enkeltårsak til uro er angst. Angst er smittsomt i en avdeling og det blir da viktig å skape størst mulig trygghet i situasjonen. Dette kan best skje i et lite, stimulusbegrenset miljø, med et rolig to-person kontakt der struktur, oversikt og forutsigbarhet er viktige elementer.

Sykehusene er ikke pålagt å føre skriftlig oversikt over de pasienter som skjerms. Muligens kan det ved gjennomgang av pasientens journal være mulig å finne frem til omfanget av bruken. I følge informanter kan pasienter oppleve å være "på skjermingsgangen" i lange tider.

Utvalget som står bak NOU 1988:8 fastholder at loven fortsatt bare skal regulere de mest vidtgående former for tvang. Som tvangsmidler i lovens forstand regnes således ikke mindre inngripende tiltak som fastholding eller bortvisning fra fellesrom, anbringelse på skjermet avsnitt med personale tilstede. Skjerming vil derfor bli lite vektlagt i det videre arbeid.

2.3.4. Legemidler som tvangsmiddel

Bruk av legemidler som tvangsmiddel skal bare skje i akutte krisesituasjoner. De brukes på samme vilkår som isolering og mekaniske tvangsmidler. Det vil si når forholdene gjør det uomgjengelig nødvendig for å hindre at pasienten skader seg selv eller andre og når lempeligere midler har vist seg forgjeves. Valg av medikament og dosering skal skje ut fra det formål å dempe uro, langtidsvirkende preparater skal ikke anvendes.

Forskriftene inneholder ikke regler om prioritering mellom bruk av fysisk tvang eller "kjemisk tvang".

Et medikament som relativt ofte velges som tvangsmiddel er Cisordinol-Acutard¹². Det er å regne som et lavdose-neuroleptikum, men det ligger nær opptil høydose neuroleptika. Det har en relativ sterk uspesifikk sedativ-hypnotisk og dempende virkning. Virkningstiden er tre døgn (Lingjærde 1988).

Hvorvidt medikamentet skal anses å være et tvangsmiddel er visstnok omdiskutert. Slik jeg

¹²I følge tvangsmiddelprotokollene ved akuttavdelingene kan det se ut som at bruken er økende ved begge sykehus.

oppfatter virkningen ville et tvangsbehandlingsvedtak være det korrekte.

2.4.0. Tvangsbehandling under institusjonsoppholdet

Tvangsbehandling¹³ forstås som behandling av alvorlige sinnslidelser med legemidler når behandlingen gjennomføres uten pasientens samtykke. Behandlingen er tillatt når det med stor sannsynlighet kan føre til vesentlig bedring eller for å hindre betydelig forverring.

Det kreves en observasjonstid i institusjonen før vedtak om behandling kan treffes. I følge kommentarene til forskriftene er 3 døgn å anse som et absolutt minimum. Den frivillige behandlingstanke skal være den underliggende. Man skal hele tiden arbeide for å oppnå pasientens samtykke.

Tvangsbehandlingsvedtak treffes etter en særskilt prosedyre og kan påklages til fylkeslegen. Fylkeslegen foretrekkes fremfor kontrollkommisjonen, fordi man anser at kontrollkommisjonen ikke har den nødvendige kunnskap. Videre ville fylkeslegen kunne behandle klagen fortere. Klagen har oppsettende virkning. Klageorganet må som hovedregel ta personlig kontakt med pasienten. I særlig akutte situasjoner kan det gjøres unntak fra denne prosedyren.

Forskriftene hjemler bare bruk av medikamenter, ikke psykokirurgi eller elektrosjokk. Tvangsbehandlingen skal bare gjennomføres med legemidler som har en medisinsk gunstig effekt som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger. Injeksjoner skal bare gis når det ikke er mulig å få pasienten til å ta legemidlet gjennom munnen.

Depotinjeksjoner skal ikke gis ved akutte sinnslidelser. I følge Lingjærde(1988:77) kan et depotpreparat noe vilkårlig defineres som at en enkelt dose gir en terapeutisk effektiv vevskonsentrasjon i minst en uke. Depotpreparatet kan dempe symptomene og dermed virke hindrende på forståelsen av den akutte lidelsen. Dessuten kan de være unødig langtidsvirkende. Viser her tilbake til den foregående drøfting av Cisordinol-Acutard som virker i tre døgn.

¹³Det ble gitt forskrifter ved kgl.res 21/9/84 - kap 2, skriv nr 7 om tvangsbehandling. Tvangsbehandling kan bare gjennomføres overfor £5 pasienter (evt ettervernpasienter,jf £ 13,1.ledd).

Tvangsbehandlingsvedtak føres i egne protokoller utgitt av Sosialdepartementet. Vedtaket er gyldig i maksimalt tre måneder, det normale vil være 1 - 2 uker.

2.4.1. Anvendelsesområde for bruk av legemidler

I årtusener har mennesker brukt spesielle stoffer i den hensikt å påvirke psykiske funksjoner. Stoffene har vært brukt både i religiøs, rituell hensikt og for å lindre psykiske plager som angst, depresjon eller søvnløshet.

Fra midten av femtiårene kom en lang rekke av kraftig virkende medikamenter. Klorpromazin var den første representanten for legemiddelgruppen under betegnelsen neuroleptika. Det er fellesbetegnelsen på en gruppe medikamenter der den viktigste egenskapen er evnen til å motvirke typisk psykotiske symptomer som hallusinasjoner, vrangforestillinger og tenknings-forstyrrelser. Virkningsprofilen er kompleks og de har betydd et fremskritt i behandlingen av mange typer sinnslidelser.

Problemet er at det i "den psykofarmakologiske æres" kjølvann dukker opp en lang rekke forskjellige bivirkninger og komplikasjoner. De bivirkningene med bruk av neuroleptika som oppleves som mest plagsomme er trøtthet, apati, muskelstivhet og skjelvninger. De fleste bivirkninger er akutte og forsvinner når man senker dosen eller avslutter behandling. I sjeldnere tilfeller kan det fremkalles alvorlige eller livstruende komplikasjoner.

Det utvikles i et ikke ubetydelig antall tilfeller mer langvarige skader, såkalte tardive dyskinisier¹⁴, som i og for seg ikke er farlige, men de er irreversible. Tidligere trodde man det kom etter flere års behandling, men det viser seg at de kan debutere allerede etter noen uker. Dyskinisiene utvikles gradvis som motoriske forstyrrelser og ytrer seg blant annet i form av skjærende grimaser i ansiktet, ufrivillige bevegelser i kropp og lemmer med gangforstyrrelser og uregelmessig respirasjon kan skape vanskeligheter med svelging av mat. Graden av dyskinisier kan variere fra tid til annen og noen affiseres sterkere enn andre (Lingjærde 1988).

¹⁴I følge Lingjærde(1988) er de tardive dyskinisier uten sammenligning den neuroleptika bivirkning som har vært gjenstand for mest forskning, spesielt med tanke på risikofaktorer, forløp og behandling. Interesserte henvises til boken for informasjon.

2.4.2. Tvangsbehandlings dilemma.

I følge NOU 1988:8 (s.63) avspeiler internasjonal litteratur 2 hovedlinjer i debatten om tvangsbehandling med legemidler. Den ene linjen hevder at når man har hjemmel til å tvangsinnlegge personer på behandlingskriteriet, er det den logiske fortsettelsen at man også kan tvangsbehandle. Dersom dette ikke er mulig vil institusjonen kun fungere som et oppbevaringssted.

Den andre linjen hevder at bruk av tvang i alle tilfeller er av et så stort onde at den bør begrenses til det absolutt nødvendige. Pasientene bør ikke utsettes for mer tvang enn det som kreves for å beskytte omgivelsene mot fare eller for å hindre at pasienten selv forkommer.

Willadsen (1985 - dansk psykiater) er en representant for den sistnevnte. Hun hevder at pasienter ikke burde utsettes for tvangsbehandling fordi:

Det er hyklerisk at tale om den syges helbredelse, både fordi vi ikke uden videre kan gå ud fra, at den syge virkelig er syg, og fordi vi heller ikke kan regne det for sandsynligt, at psykiatrisk behandling fører til helbredelse, hvad det end er, når vi ikke er sikre på, hvad sygdommen er for noget.

Willadsen er opptatt av psykiatrisk behandling som et hele og forholder seg til både innleggelse på behandlingskriteriet og den medikamentelle tvangsbehandling. Hun er også av den oppfatning at det psykiatriske sykehus kan være det beste sted for den syke å være i en akutt krisesituasjon.

Willadsen hevder videre at mange pasienter presses hardt for å ta medisiner frivillig og at akseptasjon er inngangsporten til større frihet og flere goder. "Tvangsmedisinering" kan skje på ulike måter og forekommer ganske ofte i avdelingene. Personalets holdninger til psykiatrisk behandling vil mer eller mindre bevisst bli preget av denne troen på medikamentell behandling.

Utvalget som står bak NOU 1988:8 (s.152-157) ble delt i forhold til tvangsbehandling. Flertallet opprettholder dagens praksis, mens mindretallet (K.Lund) kommer med en

særuttalelse som jeg i korte trekk vil referere til. Lund peker på psykiatriens overdrevne tiltro til behandling og deres ignorering av at behandlingen har hatt (s.152)

..sterkt negative, invalidiserende, til dels også helt fatale konsekvenser...

Lund peker videre på at det ved lovendringen i 1981 ikke ble reist prinsipielle spørsmål om tvangsbehandling med slike preparater. Forarbeidene inneholder heller ikke noen drøftelser av preparatenes positive og negative virkninger, hverken på kort eller lang sikt.(s.152)

Det er vanskelig å forstå at ikke slike overveielser hører hjemme i forbindelse med en så dramatisk behandlingsform som tilførsel av personlighetsendrede legemidler, endog mot pasientens protest.

Lund viser videre til psykiatere som Ødegaard og Kringlen som på ulike måter viser at medikamentene har hatt begrenset effekt. Andre faktorer som miljøterapi kan ha vel så stor gevinst.

Videre peker Lund på at forekomsten av irreversible hjerneskader er betydelig og viser til uttalelser/forskning fra ulike psykiatere i Skandinavia. Kringlen anslår tallet til å være 10-20% av pasienter som behandles med neuroleptika over flere år. I Danmark varierer angivelsene mellom 25-75%. Disse tall harmonerer med Dosent Mortenssons avisartikler i Dagens Nyheter (1985) i Sverige. Han anfører forøvrig at når en så høy prosentandel har påviselige hjerneskader må man anta at langt flere er skadet.

Lund konkluderer med at det bør legges vekt på pasientens egen holdning til medisinerings. Medisinerings må kun gjennomføres såfremt pasienten er gjort kjent med samtlige virkninger og risikofaktorer ved behandlingen og samtykker i behandlingen (NOU 1988:8 s 152-157).

2.5. Sammenfatning.

Pasienter som utsettes for tvangsbruk har i utgangspunktet ikke selv ønsket behandling for sin lidelse i sykehus.

Bruk av tvangsmidler som belter, isolat eller medikamenter kan kun benyttes i akutte situasjoner. Lempeligere midler skal ha vært forsøkt brukt.

For folk flest antar jeg at disse tvangsmidler fortøner seg ulikt. De mekaniske tvangsmidler bærer preg av dramatikk og vold. Isolatet og beltesenga har noe fryktinngydende over seg og vitner om gammeldags sinnsykebehandling.

Den medikamentelle tvangsbruk er derimot tilsynelatende langt mer "renslig". Den inngår i den moderne behandling av sinnsyke og den gale vil fremtre langt mer rolig og "normal".

For personalet derimot gir alle former for tvangsmiddelbruk en opplevelse av vold og kan oppleves som en demonstrasjon av makt. Forskjellen mellom personalet og "folk flest" er at belter kan oppleves "rensligere". I belter eller isolat får pasienten beholde sine tanker og komplikasjonene er forskjellige. Bivirkningene ved mekaniske midler er tilsynelatende små, mens ved medisinerer kan pasienten oppleve alt fra munntørrehet til å bli tvunget i søvn.

3.0. VARIERER BRUKEN AV TVANG ?

Interessen for anvendelse av tvangsmidler oppstod gjennom mitt arbeid som varamedlem i kontrollkommisjonen ved et psykiatrisk sykehus. I utgangspunktet tenker en seg at diagnostikken er verdifri, at det finnes rasjonelle, klare indikasjoner som sier om en person er psykotisk eller ikke, om han kan ta vare på seg selv eller ikke osv. Etterhvert er jeg blitt mer undrende.

NOU 1992:25 "Utredning om lobotomi" viste stor variasjon i bruk av en tvungen behandlingsmåte. Omfanget varierte fra sykehus til sykehus både når det gjaldt antall opererte pasienter og antall år operasjonsmetoden var i bruk. Norge og Danmark står i en særstilling når det gjelder antall opererte, sett i forhold til folketallet.

Et slikt forhold gjør det naturlig å spørre om i hvilken grad anvendelsen av tvang preges av rasjonalitet eller tilsynelatende "tilfeldigheter"?

Det tradisjonelle synet på medisinen er at legen på basis av undersøkelser og samtaler finner fram til en rekke symptomer som tilsammen utgjør en diagnose. Denne diagnosen fører til en spesifikk behandling. Vurderingene foregår etter samme mønster og er satt så godt i system at det til og med er utviklet et dataprogram der legen skriver inn de aktuelle symptomer og på bakgrunn av disse får ut alternative diagnoser. Måseide (1991:87) hevder at:

Forstått på denne måten er medisinsk avgjerdstaking ei form for regelstyrt handling. Rasjonaliteten i avgjerda er sikra ved at legen følgjar visse reglar og prosedyrer. Reglane og prosedyrene er både logisk og empirisk grunngeevne. Dette er ei avgjerdsmodell med "omfattande rasjonalitet"(Mehan 1984). Det vert tatt for gitt at den som tar avgjerda har tilstrekkeleg kognitiv kapasitet til å lagre og kontrollere omfattande, og ideelt sett fullstendig, kunnskap om alle relevante sider av saka. Under desse omstende er den ideelle avgjerdstakaren ein "vitskapleg tenkar" (Innhelder&Piaget 1958)....

Ved somatiske lidelser vil de fleste frivillig oppsøke medisinsk hjelp. Ved alvorlige sinnslidelser er evnen til rasjonell tenkning og oppførsel svekket¹⁵. Dette kan medføre at psykiatriske pasienter ikke forstår sitt eget behov og søker hjelp.

Psykiatrien er en del av den samlede medisinske virksomhet, men den er også forskjellig. I følge Løchen (1984:X) er tilpasningen til det medisinske systemet langt fra spenningsfritt;

Ofte hører man andre medisineres sarkastiske vurderinger av så vel psykiaterne selv som av deres fag. Og det er viktig at det etableres en relasjon med et medisinsk system hvor en bestemt problemformulering og en klassisk "medisinsk modell" er nokså enerådende. Psykiateren må finne sin plass innenfor dette systemet. De gjør hva de kan for å oppnå anerkjennelse og tilhørighet....

Psykiske sykdommer kan vanskelig observeres direkte. Man er avhengig av tolkninger av en persons utsagn, handlinger og væremåte. Dette medfører at psykiatrien i langt mindre grad kan bygge på eksakte kunnskaper enn den tradisjonelle medisinen¹⁶.

Fordi psykiatrien forholder seg til en videre og mer kompleks rasjonalitet enn den tradisjonelle medisinen, vil det være rimelig å anta at psykiatriske diagnoser og dermed behandlingsmønstre i de psykiatriske sykehus vil kunne variere. De er jo avhengige av ulike mennesker og deres varierende fortolkninger.

Likevel må en kunne anta at denne variasjonen skjer innenfor en gitt ramme. Å tvangsinnlegge og anvende tvangsmidler overfor et menneske er en så alvorlig inngripen i den personlige integritet, at det forventes at avgjørelser skjer på basis av rasjonelle argumenter. En forventer at relativt "like" pasienter får lik behandling og at det er minimal variasjon i anvendelsen av tvangsmidler. Dersom det viser seg at "like" pasienter får ulik behandling, er det av interesse å se om variasjonen kan forklares.

¹⁵Noen psykiatere som T.Szasz(1974) benekter at man kan tale om fornuftssvikt ved sinnslidelser. Psykotisk atferd ansees heller som ukonvensjonell, den bryter de vanlige fornuftsregler, men bærer i seg andre, potensielt oppdagbare regler.

¹⁶Selv om også den tradisjonelle medisinen må forholde seg til andre typer data enn de rent objektive. For eksempel nødvendigheten av å tolke/forstå forhold knyttet til det sosiale og subjektive.

3.1.0. Kan sengepostene sammenlignes ?

Det er begrenset hvor "like" pasientene kan være. Det handler om mennesker med en alvorlig sinnslidelse. Sånn sett hadde det vært enklere å sammenligne operasjonsmetodene ved fjerning av blindtarmen. En kan ikke forvente at pasientene er "like" i absolutt forstand.

Flere informanter forklarte at dersom jeg fant variasjon i anvendelsen av tvangsmidler ville det skyldes at galskapen¹⁷ hos pasientene er forskjellig. Galskapen arter seg forskjellig avhengig om du kom fra sør- eller nordfylket, bygd eller by, fra kyst eller innland.

Måseide (1991) viser at de store forskjellene, det være seg av biologiske eller kulturell art, ikke er fullt ut avgjørende. Tvert i mot viser han at forhold i institusjonen har betydning for behandling. På dette stadiet kan jeg ikke si noe om forholdet mellom "naturgitte, upåvirkbare" forskjeller og institusjonelt "påførte" forskjeller. Men det er all grunn til å holde fast ved at sykehus kan sammenlignes, selv om pasienten kommer fra sør eller nord, bygd eller by eller har vokst opp i villa eller lavvo. Måseide (1991:92) hevder:

Undersøkinga gjorde det synleg at endring av organisatorisk form hadde konsekvensar for dei medisinske ekspertane si faglege tenking, utan at dei såg ut til å ha noe medvit om korleis den organisatoriske konteksten verka inn på avgjerdstakinga deira. Dette høver med Anspach (1987) sin påstand om at medisinsk avgjerdstaking er ein sosial prosess og at den organisatoriske økologien regulerer helse-arbeidarens persepsjon og problemløysing.

Jeg forutsetter at anvendelsen av tvangsmidler skjer i et samspill, ikke bare innenfor de formelle strukturer, men også på basis av holdninger og verdier.

3.1.1. Resultat av stikkprøven

For å finne ut om det er en "akseptabel" likhet mellom sykehusene, foretok jeg en stikkprøve.

¹⁷Det legges her den samme betydningen i begrepene alvorlig sinnslidelse og galskap. Begrepet galskap tilhører mer dagligtalen. Begrepene er ikke direkte knyttet til det medisinske uttrykket psykose, men lidelsen skal være så alvorlig at den medfører sviktende mestring og tap av evnen til realitetsvurdering (NOU 1988:8 s.122).

Hensikten var ikke bare å se om sammenligningsgrunnlaget var tilstede. Like viktig var det å se etter tegn på store endringer i pasientgrunnlaget i undersøkelsesperioden.

Jeg gjennomgikk journalene for samtlige innlagte pasienter på to tilfeldig valgte datoer, henholdsvis 15.mars 1990 og 15.oktober 1991. Datoene er valgt fordi de befinner seg i begynnelsen og slutten av undersøkelsesperioden¹⁸.

Jeg har sett på diagnose, alder, antall innleggelser og innleggelses paragraf. Resultatet er satt opp i en tabell, vedlegg 1. Da det eksisterer en rekke diagnoser, forenklet jeg systematiseringen ved å gruppere dem som følger: Schizofreni, Manisk-depressiv, andre Psykoser, Nevrose og Andre.

Ser vi på antall pasienter hadde NPS 30 i mars 1990 og 32 i oktober 1991. På den sistnevnte dato hadde Nord 4 og Sør 4 begge en pasient i overbelegg. Åsgård hadde 32 pasienter i mars 90 og 23 i oktober 91. I mars 90 hadde A 2 - 2 pasienter i overbelegg, mens begge sengeposter hadde ledig sengekapasitet ved den sistnevnte dato.

Alderssammensetningen er noenlunde lik. Ved å legge sammen tallene for de to dagene var ca. 53% ved NPS og 63% ved Åsgård mellom 20 til 39 år.

På Sør 4 ved NPS har det fra mars 90 til oktober 91 skjedd en forskyvning i sammensetningen av frivillig innlagte og tvangsinnlagte. I mars er mer enn halvparten frivillig innlagt, mens alle er tvangsinnlagt i oktober. Forøvrig ser bildet slik ut, ved NPS er 54% og ved Åsgård er 69% av pasientene innlagt på paragraf 5. Sammenlagt er 76% ved NPS og 80% ved Åsgård tvangsinnlagt i institusjonen.

I forhold til førstegangsinleggelse og reinnleggelser er det slik at forholdet er noenlunde likt ved første dato. Åsgård har flest med mer enn 10 innleggelser i institusjonen. Ca 30% av

¹⁸Jeg hadde opprinnelig tenkt å se nærmere på to måneder i stedet for to dager, men ble frarådet dette. Jeg var takknemelig for rådet da jeg begynte innsamlingen av data. Det er ikke lett å finne fram til hvem som har vært innlagt på en dato som går tilbake i tid. At det var mulig skyldes sekretærenes velvilje og kunnskaper om både pasientene og de ansatte. Det ble til tider utført detektivlignede arbeid, både i forhold til å finne ut hvem som var innlagt og til å oppspore journaler.

de innlagte ved begge sykehus er innlagt mellom 2. og 5. gang.

Ved begge institusjoner er Schizofreni den dominerende diagnose med tilsammen 31 ved NPS og 32 ved Åsgård. Dette utgjør 50% av de innlagte ved NPS og 58% ved Åsgård. Andre diagnoser utgjør 26 ved NPS og 22 ved Åsgård. NPS har noen flere med nevroses, tilsammen 5, mens Åsgård har 1. Forholdene er noenlunde lik ved begge datoer og mellom sengepostene.

På disse to dagene er det ved NPS innlagt tilsammen 34 menn og 28 kvinner. Ved Åsgård er det innlagt 26 menn og 29 kvinner. Fordelingen mellom kjønn er noenlunde lik ved samtlige sengeposter.

Gjennomsnittlig er det ved alle sengeposter 1 pasient som ikke har fått medikamenter av noe slag. I mars 90 var det ved NPS 3 pasienter av 30 og ved Åsgård 2 pasienter av 32 som ikke fikk medikamenter. I oktober var det ved NPS 6 pasienter av 32 og ved Åsgård 1 pasient av 23 uten medisiner.

På denne bakgrunn er det rimelig å si at pasientgrunnet er så likt at det er mulig å sammenligne dem.

3.2. Fremgangsmåte for å vurdere variasjon i bruk av tvang.

NPS og Åsgård har en del ytre kjennetegn som er tilnærmet like. Begge sykehus har et pasientgrunnlag på omkring 230.000 personer. De geografiske forhold er tildels like, med små samfunn basert på fiske og/eller jordbruk, noe industri og mindre bysamfunn.

Sykehusene har begge 30 senger for pasienter som må innlegges akutt i psykiatrisk sykehus. Det er disse 60 sengene jeg er opptatt av og vil forholde meg til.

For å finne fram til om det er variasjon i anvendelse av tvangsmidler har jeg gjennomgått paragrafen pasientene er tatt imot med ved sykehuset og tvangsmiddelprotokollen ved den enkelte sengepost. Dette fordi bruken av tvangsmidler må sees i forhold til antall pasienter som er tvangsinnlagt. Da det primært er disse som er utsatt for tvangsmiddelbruk.

Data er samlet inn halvårsvis over en periode på tre år, fra 1.juli 1989 til 30.juni 1992. Tre år er valgt ut fra flere forhold. For det første fordi det burde være tilstrekkelig for å luke bort eventuelle feilkilder, som for eksempel at enkeltpasienters utagering gir et uforholdsmessig stort utslag. Videre vil den halvårsvise opptellingen¹⁹ kunne gi et bilde av om det er variasjon innenfor sengeposten. For det andre fordi jeg må ta hensyn til de tids- og ressursrammene som hovedoppgavearbeidet foregår innenfor. Tvangsmiddelprotokollen til en av sengepostene var dessuten forsvunnet for perioden før juni 1989. Å finne den ville ha medført en større leteaksjon som jeg ikke fant grunn til å være med på å iverksette.

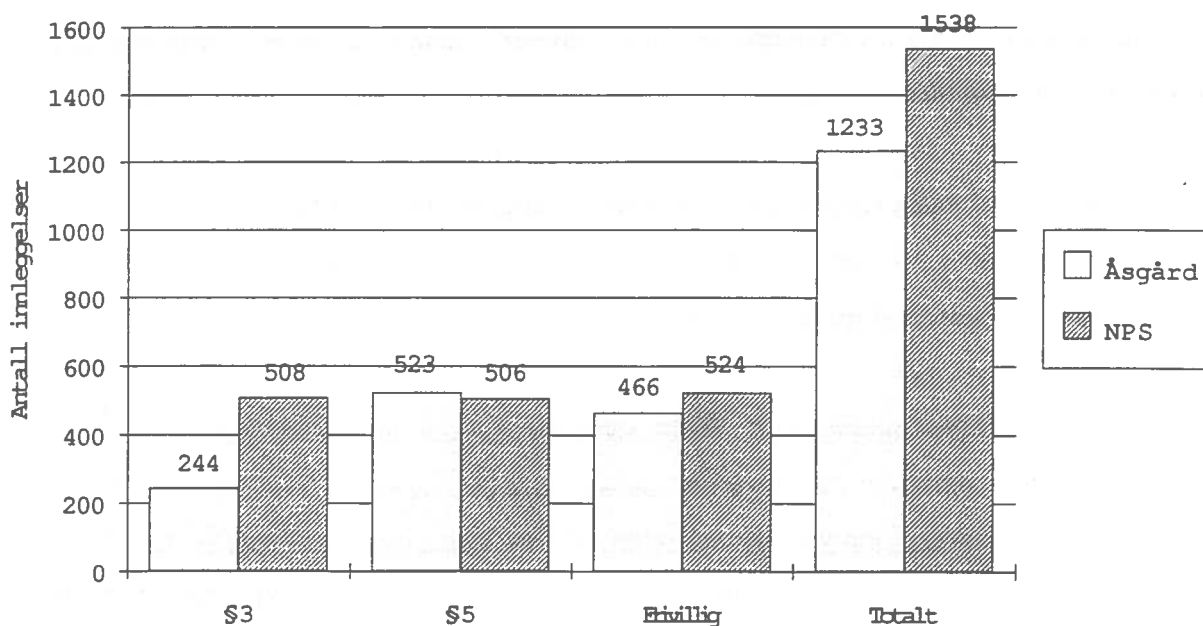
Tvangsmiddelprotokollen tilhører den enkelte sengepost og det noteres fortløpende i den av en rekke forskjellige personer. I all hovedsak føres protokollen nøyaktig, men det forekommer slurv. Enkelte ganger har opplysninger manglet, så som alder, dato, varighet av bruk av et mekanisk tvangsmiddel osv. Jeg vært alene om opptellingen og tar derfor et forbehold når det gjelder de eksakte tall. Noen grove feil burde imidlertid ikke forkomme.

3.3.0. Presentasjon av funn.

Fordelingen av antall innleggelser i akuttpostene ved begge sykehus i perioden mellom 1. juli 1989 til 30. juni 1992 illustreres i figur 1.

¹⁹Ved opptellingen av antall personer, var jeg svært i tvil om hvordan dette skulle gjøres. En og samme person kan ha mange innleggelser og være innlagt på flere sengeposter i løpet av denne perioden. Data ble overført fra protokollene til egne ark, som ble tatt ut av institusjonen. Anonymisering av data var derfor av sentral betydning. Navn ble byttet ut med betegnelsen mann eller kvinne og fødselsdatoen omgjort til en avrundet alder som 20,25,30. Det regnes derfor som en ny person når det har gått en tid mellom bruk av tvangsmidler. Jeg foretar opptellingen halvårsvis, det vil si fra 1.1. til 30.6 og 1.7 til 31.12. Slik sett vil verdien av antall personer være begrenset som måleenhet. Dette gjelder ikke antall episoder med tvang eller varighet i antall timer.

Når det gjelder medisinerer, regnes det som en episode når pasienten tvangsmedisineres, uavhengig av dose og antall medikamenter.

Figur 1: Antall innleggelser ved akuttpostene - NPS og Åsgård.

NPS har i denne perioden hatt flest innleggelser. Av det totale antall er 66% ved NPS og 62% ved Åsgård innlagt under tvang. Bruk av tvangsmidler gjelder etter all sannsynlighet de pasienter som er innlagt etter paragraf 5 (Høyer og Drange 1991). Som vi ser av figuren er antall innleggelser etter paragraf 5 temmelig lik.

Gjennomsnittsbelegget på akuttpostene ved NPS²⁰ i perioden 1.juli 1989 til 31.desember 1991 er 98,4 %. Ved Nord 4 er gjennomsnittlig belegg 102,7%, Ved Salten A 95,7% og ved Sør 4 96,8%. Ved Åsgård har det ikke lyktes å få tak i beleggsprosenten på akuttavdelingene. Jeg har vært i kontakt med flere, det nærmeste jeg kom var et tilbud om gjennomgang av innleggelse og utskrivelse av pasientene og selv regne ut belegget. Informasjonen syntes ikke å stå i forhold til arbeidsinnsatsen for mitt vedkommende. I følge informanter er beleggsprosenten omkring 100% og heller over. Innenfor rammen av dette arbeidet må jeg akseptere den svakheten at det ikke er mulig å få fatt i beleggsprosenten for akuttavdelingene ved Åsgård. Jeg anser derfor beleggsprosenten å være tilnærmet lik ved de to sykehus.

²⁰T.Edwardsen ved akuttkontoret Sør har vært behjelpelig med innsamling av data.

3.3.1. Særtrekk ved de enkelte sengeposters bruk av tvangsmidler.

I følge informanter ved samtlige sengeposter opplever personalet at det ved deres sengepost brukes lite tvangsmidler.

I det følgende skal vi se nærmere på tallene for hver enkelt sengepost:

Tabell 2. Antall Innleggelser på Nord 4 - NPS.

	§3	§5	Sum § 3 og 5	Total
Høst 1989	16	25	41	63
Vår/Høst 1990	32	61	93	135
Vår/Høst 1991	46	55	101	162
Vår 1992	33	30	63	70
Sum	127	171	298	430

Tabell 3. Bruk av tvangsmidler - halvårsvis på Nord 4 - NPS:

	Belter, antall personer	Belter, antall episoder	Belter, antall timer	Isolat, episoder	Legemidler, episoder
Høst 89	2	5	18	0	3
Vår 90	3	6	16,5	2	1
Høst 90	5	19	68	10	3
Vår 91	0	0	0	0	4
Høst 91	0	0	0	0	1
Vår 92	2	3	16,5	3	3
Sum	12	33	119	14	15

på ca 3,5 timer.

Hele 1991 er preget av svært lite bruk av tvang. Høsten 90 ble det i følge personalet fattet en "sjefsavgjørelse". Avdelingssykepleier bestemte at beltesenga skulle fjernes, den skulle ikke lenger være lett tilgjengelig. Beltene finnes fortsatt i sengeposten, men de ligger umontert i en skuff.

Det relativt høye tallet høsten 90 skyldes i følge personalet spesielt en pasient, som de ikke klarte å styre unna vante mønstre. I følge tvangsmiddelprotokollen ble fem menn lagt i belte 19 ganger den høsten.

Tabell 4. Antall Innleggelser på Sør 4 - NPS.

	Total	§3	§5	Sum §3 og 5
Høst 89	84	20	37	57
Vår/høst 90	226	76	64	140
Vår/høst 91	228	95	62	157
Vår 92	119	36	51	87
Sum	657	227	214	441

Tabell 5. Bruk av tvangsmidler - halvårsvis på Sør 4 - NPS.

	Belter, antall personer	Belter, antall episoder	Belter, antall timer	Isolat, antall episoder	Legemidler, antall episoder
Høst 89	4	12	39,5	3	13
Vår 90	5	8	35	1	3
Høst 90	2	3	6	2	1
Vår 91	7	21	64	3	15
Høst 91	3	16	57	0	11
Vår 92	5	6	13	0	6
Sum	26	66	214,5	9	49

Gjennomsnittlig varighet ved bruk av belter var som følger: Belter ble brukt i ca 214 timer og 30 min, det vil si ca 36 timer pr halvår. Det ble foretatt 66 reiminger i samme periode, det vil si ca 11 reiminger pr halvår. Pr episode vil det si at reimingene hadde en gjennomsnittlig varighet på ca 3 timer.

Bruk av tvangsmidler varierer noe fra halvår til halvår, spesielt høsten 90 peker seg ut med lite tvangsmiddelbruk.

Tabell 6. Antall Innleggelses på Salten A - NPS.

	Total	§3	§5	Sum §3 og 5
Høst 89	69	25	23	48
Vår/høst 90	138	41	37	78
Vår/høst 91	167	57	34	91
Vår 92	89	31	27	58
Sum	463	154	121	275

Tabell 7. Bruk av tvangsmidler - halvårsvis på Salten A - NPS.

	Belter, antall personer	Belter, antall episoder	Belter, antall timer	Isolat, antall episoder	Legemidler, antall episoder
Høst 89	5	10	118	0	7
Vår 90	0	0	0	0	4
Høst 90	2	6	49	0	5
Vår 91	1	1	4	1	1
Høst 91	1	5	74	11	1
Vår 92	2	3	31	4	4
Sum	11	25	276	16	22

Gjennomsnittlig varighet ved bruk av belter var som følger: Belter ble brukt i ca 276 timer, det vil si ca 46 timer pr halvår. Det ble foretatt 25 reiminger i samme periode, det vil si ca 4 reiminger pr halvår. Reimingene hadde en gjennomsnittlig varighet på ca 11 timer pr

episode.

Det brukes mer tvang enn vanlig høsten-89. Det er i alt bare 11 pasienter som har blitt lagt i belte i undersøkelsesperioden, men til gjengjeld har disse ligget lengre enn det som forøvrig er "vanlig" ved NPS. Inntrykket fra tvangsmiddelprotokollen stemmer her overens med den gjennomsnittlige varighet - De som blir lagt i belter ligger lengre enn på Sør 4 og Nord 4.

Sengeposten ligger avsides i forhold til hovedsykehuset, skulle det oppstå en urolig situasjon er det politiet som tilkalles. Ved å ha mannlig betjening slipper de å tilkalle politiet. På hovedsykehuset har man samarbeidende alarmsystem med en naboavdeling, slik at forsterkninger kan være på plass i løpet av et minutt.

Avdelingssykepleier har ikke vært med på å bruke isolasjon i løpet av nesten 30 år, bortsett fra nå i vinter. Det var første gang at hun fant det riktig å bruke isolasjon. I følge avdelings- sykepleier var isolat det verste form for tvangsmiddel en kunne utsette en pasient for.

Tabell 8. Antall innleggelser på A 1 - Åsgård.

	Total	§3	§5	Sum § 3 og 5
Høst 89	108	19	36	55
Vår/høst 90	204	44	100	144
Vår/høst 91	224	34	88	122
Vår 92	121	21	51	72
Sum	657	118	275	393

Tabell 9. Bruk av tvangsmidler - halvårsvis på A 1 - Åsgård.

	Belter, antall personer	Belter, antall episoder	Belter, antall timer	Isolat, antall episoder	Legemidler, antall episoder
Høst 89	11	29	180	0	24
Vår 90	13	32	116	0	6
Høst 90	4	9	73	0	2
Vår 91	7	17	60	0	15
Høst 91	7	20	86	0	11
Vår 92	12	40	185	0	20
Sum	54	147	700	0	78

Gjennomsnittlig varighet ved bruk av belter var som følger: Belter ble brukt i ca 700 timer, det vil si ca 117 timer pr halvår. Det ble foretatt 147 beltelegginger i samme periode, det vil si ca 24,5 beltelegginger pr halvår. Pr episode vil det si at belteleggingen hadde en gjennomsnittlig varighet på $700:137=5$ timer. Antall beltelegginger blir 137 fordi 10 av episodene er av ukjent varighet og dermed ikke medregnet i varighet i timer.

Høsten-89 og våren 92 peker seg ut med en økning i bruk av tvangsmidler. Det relativt høye tallet høsten-89 skyldtes i følge informanter at sengeposten var i en ekstremt dårlig situasjon på personell siden. Hovedtyngden av det faste personalet var enten i permisjon, sykemeldt eller hadde sluttet.

Tabell 10. Antall innleggelser på A 2 - Åsgård.

	Total	§3	§5	Sum § 3 og 5
Høst 89	114	30	38	68
Vår/høst 90	175	38	85	123
Vå/høst 91	181	29	74	103
Vår 92	106	29	51	80
Sum	576	126	248	374

Tabell 11. Bruk av tvangsmidler - halvårsvis på A 2 - Åsgård.

	Belter, antall personer	Belter, antall episoder	Belter, antall timer	Isolat, antall episoder	Legemidler, antall episoder
Høst 89	17	63	738	0	14
Vår 90	22	79	507	0	12
Høst 90	11	43	270,5	0	25
Vår 91	6	7	20	0	6
Høst 91	10	38	261,5	0	11
Vår 92	10	19	110	0	9
Sum	76	249	1907	0	77

Gjennomsnittlig varighet ved bruk av belter var som følger: Belter ble brukt i ca 1907 timer, det vil si ca 318 timer pr halvår. Det ble foretatt 249 beltelegginger i samme periode, det vil si ca 41,5 beltelegginger pr halvår. Pr episode vil det si at belteleggingen hadde en gjennomsnittlig varighet på $1907:241 = 7,9$ timer. Tallet her er 241 fordi 8 av reimingene er av ukjent varighet. Det spesielle her er at våren 91 peker seg ut med spesielt lavt bruk av tvangsmidler.

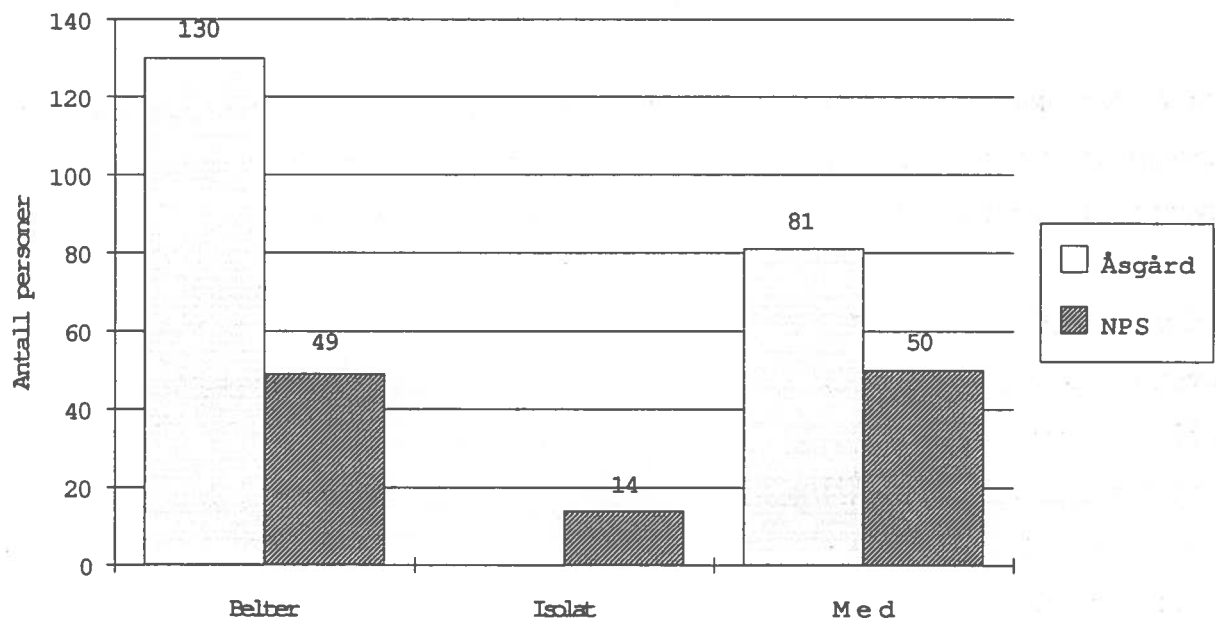
3.3.2. Forskjellene mellom sengepostene/sykehusene.

En av de faktorene jeg har undersøkt er om det er slik at det enten benyttes mekaniske eller legemidler som tvangsmiddel. Det synes ikke å være tilfelle. En pasient som utsettes for tvangsmiddelbruk vil relativt ofte oppleve flere typer tvangsmidler samtidig.

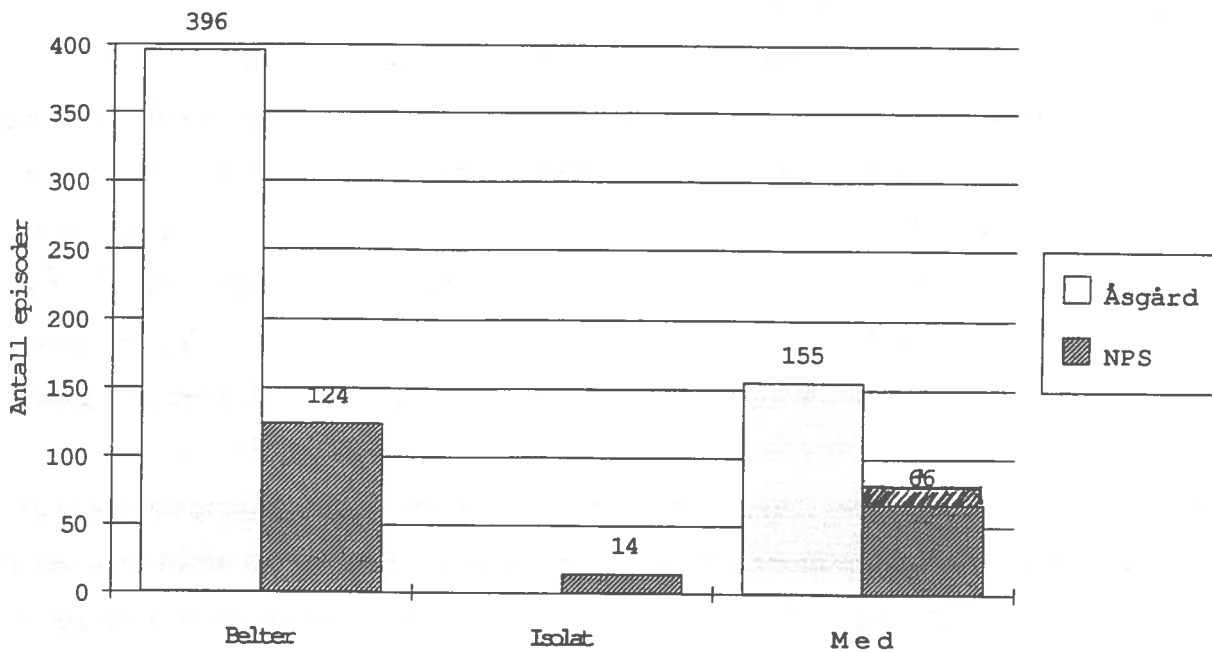
På akuttavdelingene ved NPS var det slik at av de 49 personer som ble lagt i belte, ble det overfor 2 av dem i tillegg også brukt både isolat og legemiddel. Mens 23 personer eller ca 47% opplevde at de enten ble medisinert eller isolert i tillegg til belter. Det vil si at 18 personer opplevde både å bli lagt i belter og få et legemiddel, 3 personer ble både isolert og lagt i belte og 2 personer ble både isolert og fikk legemiddel. På akuttavdelingene ved Åsgård er det anvendt belter overfor 130 personer. Ingen har vært utsatt for tre typer tvangsmidler. Isolat er ikke i bruk ved Åsgård. I følge personalet skyldes det at de ikke har godkjent isolat.

I og med at lokalene er nyoppusset antas dette å være et bevisst valg. Av de 130 personene ble 41 også medisinerert. Omkring 31% av pasientene som det anvendes tvangsmidler overfor opplever at de utsettes for både belter og legemidler. NPS er på bunn og topp når det gjelder gjennomsnittlig varighet som pasienten ligger i belter. Sør 4 med 3,1 timer og Salten A med 11 timer, innimellom her finner vi Nord 4 med 3,5 timer, A1 med 5,1 time og A 2 med 7,9 timer. Det går et skille mellom NPS og Åsgård på måten belter anvendes. Ved samtlige sengeposter legges for det meste pasienten i belte med 2 fot-, 2 håndreimer og magebelte. Ved NPS løses for det meste pasienten fort gradvis opp, til å begynne med løsnes 1 fot og 1 håndreim, så begge fotreimene, håndreimene og til slutt magebeltet. Dette gjelder alle tre sengeposter. Ved Åsgård derimot løsner man litt, men på ingen måte så systematisk og heller mer sporadisk. Variasjon i bruk av tvangsmidler kan vises på ulike måter. Jeg presenterer tvangsmiddelbruken ved å se på hvor mange personer som er utsatt for tvangsmidler og hvilke former for tvangsmidler det dreier seg om. Som tidligere nevnt er ikke antall personer et fullgodt mål, antall episoder er bedre. Differensen mellom de to sykehus kommer klart til uttrykk i varighet i timer som pasientene ved de to sykehus har tilbragt i belter.

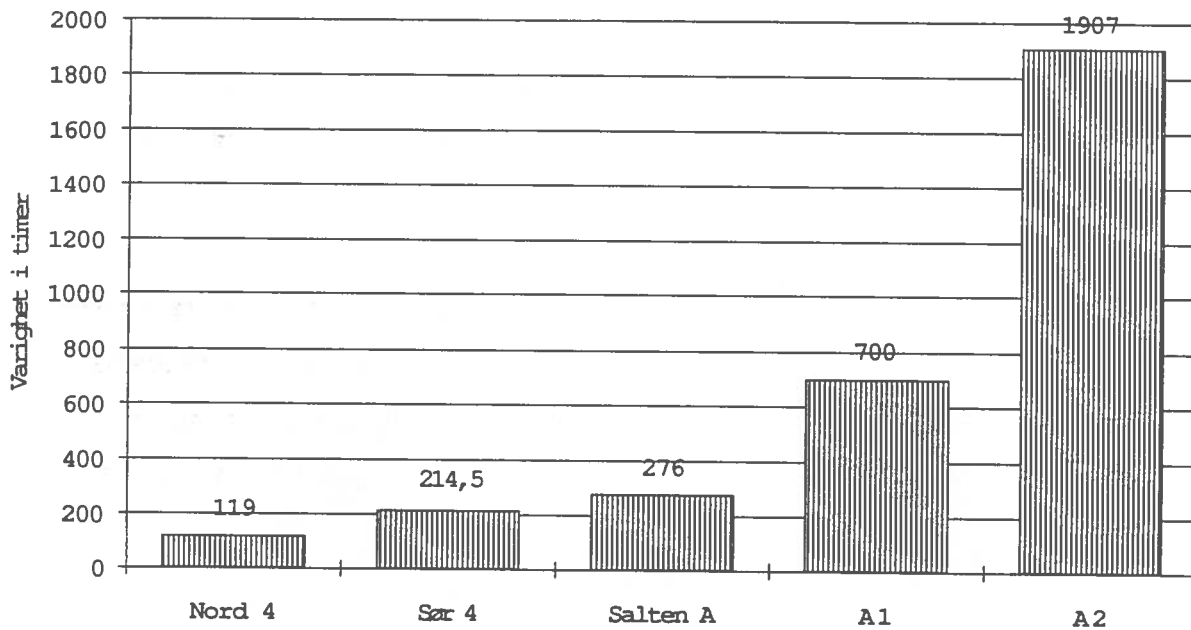
Figur 2: Antall personer som er utsatt for tvangsmidler fra 1.juli 1989 til 30.juni 1992 ved NPS og Åsgård etter type tvangsmiddel:



Figur 3. Antall episoder med tvangsmiddelbruk ved NPS og Åsgård.



Figur 4. Varighet i timer ved bruk av belter ved NPS og Åsgård.



Jeg undersøkte om det ble brukt mer tvangsmidler i for eksempel helger når bemanningen er redusert og det er flere ekstravakter. Dette fant jeg ingen holdepunkter for. Bruken av tvangsmidler er jevnt fordelt utover ukedagene.

Eliassen (1990:27) har ved gjennomgang av skademeldinger²¹ i en periode på en akutt psykiatrisk sengepost funnet at det er en overvekt av skader første del av dagen. Derfor undersøkte jeg klokkeslettet for iverksettelse av tvangsmidler. Men her fant jeg ingen tilsvarende tall. Iverksettelses tidspunktet var jevnt fordelt utover døgnet på alle fem sengeposter. Det vil si at mellom kl 03 - 07 var det ved samtlige sengeposter kun sporadiske tilfeller av tvangsmiddelbruk. Forklaringen her synes innlysende, da er de aller fleste i søvn.

Tvangsmidler brukes for å holde en person i ro og derfor antok jeg at flest menn ble utsatt for tvangsmidler. Menn ansees for å være sterkere og de vil dermed fortere fremkalle angst og et behov for å markere styrkeforholdet. I følge informanter ved begge sykehus er det av stor betydning å ha mannlig personale i sengeposten, nettopp for å skape ro og holde kontroll.

Ved NPS er det 7 kvinner og 42 menn som legges i belter og ved Åsgård er det 42 kvinner og 88 menn. Isolat ble kun brukt ved NPS og der var fordelingen henholdsvis 12 menn og 2 kvinner.

Ved NPS er ca 14% av de som utsettes for tvangsmidler; belter eller isolat - kvinner. Ved Åsgård er ca 32% av de som utsettes for tvangsmidler i form av belter - kvinner. Det var langt flere kvinner enn antatt som ble lagt i belter ved Åsgård.

Det er vanskelig å få fatt i hvorfor kvinner blir lagt i belter. Noen beskrev enkelte kvinner som selvdestruktive og at det forekommer situasjoner der det er nødvendig å forhindre at pasienten klorer ut øyene eller lignende. En annen informant hevdet at når beltebruken er så høy som på Åsgård - er personalet "bevisst" på at også kvinner skal ligge i belter. Dette

²¹Det brukes ulike skademeldingsskjema ved de to sykehus. Jeg hadde planlagt å sammenligne antall registrerte meldinger, men gikk bort fra dette da denne type data ikke umiddelbart er sammenlignbar. I følge de informasjonen jeg har mottatt varierer bruken av skjemaene over tid, mellom de ulike sengeposter og mellom personalet innen samme gruppe. Melding skal sendes når en føler seg truet og dette er et eksempel på en opplevelse som vil variere fra person til person.

gjøres for å unngå diskusjoner om at belter brukes fordi personalet er redd. Kvinner i belte brukes for å motbevise utsagnet.

Når det derimot gjelder tvangsmedisinering er fordelingen mer lik mellom kjønnene, selv om mennene er i flertall her også med henholdsvis 71 menn og 60 kvinner. Forskjellen i bruk av tvangsmedisinering kom fram på A1 med 24 menn og 16 kvinner.

Hva er så den vanligste begrunnelsen for bruk av tvangsmidler? Varierer begrunnelsen med bruk av tvangsmiddel?

Begrunnelsene er formulert omtrent likedan ved alle fem sengeposter. De vanligste årsaker til bruk av tvangsmidler er;

Uro - tap av kontroll, psykisk uro, utagering eller lignende.

Truende - verbal truende, aggressiv enten overfor pleier eller medpasienter.

Rasering - kaster møbler, inventar, sevice osv.

Slår - angrep på personale

Som begrunnelse for tvangsmedisinering gjelder kun de to øverste punktene. Ved rasering eller angrep på personale blir pasienten lagt i belte, eventuelt isolert.

Det kan se ut som at begrunnelsen i tvangsmiddelprotokollen for å legge en pasient i belte endrer seg, dersom pasienten ligger i belter over flere dager²². Til å begynne med blir pasienten lagt i belte på grunn av uro eller at han er i ferd med å tape kontroll.

Noen ganger kommer pasientene i belte gjentagne ganger i samme periode. Antall pasienter som hadde ligget i belter mer eller mindre sammenhengende i mer enn 3 døgn var ved N 4:1 pas, S.4: 5 pas - av de lå 1 i 7 dager, S.A: 3 pas - av de lå 1 i 7 dager, A 1: 11 pas - av de lå 1 i 10 dager, A 2: 14 pas - av de lå 1 i 26 dager.

Dette gjelder altså samtlige sengeposter. Vi får det samme forholdet som ved anvendelse av

²²Jeg viser her til begrunnelser i tvangsmiddelprotokollene fra den undersøkte periode ved NPS og Åsgård.

tvangsmidler. Ved NPS gjelder det 9 pasienter og ved Åsgård gjelder det 25 pasienter, der den som har ligget lengst lå i bortimot 26 dager.

Hva slags mønster i kommunikasjonen er det som gjør seg gjeldende? Hva skjer med en pasient når vedkommende mer eller mindre blir liggende i belter i nærmere en måned. Det må presiseres at pasienten kan ligge alt fra 1 time den ene dagen til 23 timer den neste, i løpet av for eksempel disse 26 dagene.

I tvangsmiddelprotokollen kan det ved å se på begrunnelsene se ut som at pasienten blir mer og mer voldelig. Det kan se ut som at det danner seg et mønster. Hver gang pasienten kommer i belte, beveger begrunnelsene seg oppover skalaen. Til å begynne med blir pasienten lagt i belte fordi han er urolig eller i ferd med å tape kontroll. Så kommer han med verbale trusler, kaster møbler eller gjør hærverk og går til slutt til angrep eller slår personalet.

En av informantene hevdet at det er ikke slik som en kan få inntrykk av å lese i tvangsmiddelprotokollen, at pasienten blir mer og mer voldelig. Tvert i mot så er det slik at det tales mindre og mindre av en pasient før han legges i belter.

Jeg registrer også at pasienter kan tilbringe svært mye tid i belter, for så plutselig opphør.

I tvangsmiddelprotokollen står det aldri noe om årsak til pasientens utbrudd. Man tar for gitt at personalets framstilling av pasientens atferd er det korrekte og at foranledningen til tvangsmiddelbruk er uten diskusjon.

Det er kun ved Åsgård at jeg fant begrunnelsen etter eget ønske. I henhold til loven er det ikke tillatt å bruke tvangsmidler med en slik begrunnelsen.

Videre var det ved en sengepost på Åsgård brukt begrunnelsen *i følge opplegg*, dette er også en ulovlig begrunnelse. Dersom kontrollkommisjonen har reagert, kan reaksjonen ikke leses ut fra protokollen. I motsetning til kontrollkommisjonen ved NPS der det var en påtegning i tvangsmiddelprotokollen hvor de stilte seg undrende til lovligheten til at en pasient hadde ligget i belte i nærmere 4 døgn.

3.4. Sammenfatning.

"Ryktebørsen" i følge fagfolk viste seg å være korrekt. Det er variasjon i anvendelse av tvangsmidler mellom akuttavdelingene på NPS og Åsgård. Det er også en viss variasjon mellom de ulike sengeposter.

Ved å se på varighet i antall timer pasienter tilbringer i belter ser vi en stor differens mellom Nord 4 og A 2. I løpet av disse tre årene har pasienter ligget i belter i tilsammen 120 timer på Nord 4. Ved A 2 har pasientene i tilsvarende periode ligget i belter i 1907 timer. Det må presiseres at Nord 4 har 10 pasienter, mens A 2 har 15 pasienter. I løpet av denne perioden har det ved Nord 4 vært 348 innleggelser, mens det ved A2 har vært 576 inneleggelser.

Differensen opprettholdes når vi ser på antall personer. Ved Nord 4 har 12 pasienter ligget i belter. Ved A 2 har 76 pasienter ligget i belter.

Men avhengig av om en ser på antall personer eller antall episoder er det ulike sengeposter som bør trekkes frem. Ved Sør 4 er det for eksempel bare 18 personer av totalt 657 inneleggelser som har opplevd å ligge i belter. Mens ved å peke på antall episoder er det Salten A som peker seg ut i positiv retning med 16 episoder i løpet av 3 år, mot 249 episoder ved A 2.

A 1 har et klart lavere bruk av tvangsmidler enn A 2, tross for at de har hatt flere innleggelser i perioden. I forhold til antall episoder varierer den fra 147 på A 1, mot 249 på A 2. I varighet i timer er A 1 nede i 701 timer, men det er fortsatt mer enn det tilsammen brukes ved NPS, der tallet er 608 timer i løpet av perioden.

Beltebruken er forskjellig ved NPS og Åsgård. Ved Åsgård blir pasienten i all hovedsak lagt i belter med både mage-, 2 fot- og 2 håndbelte. Ved NPS er mønsteret i langt større grad at pasienten kommer i belter på samme måte, for så etter kort å fjerne en fotreim eller håndreim, begge fotreimene osv.

Jeg vil i fortsettelsen i all hovedsak skille mellom de med høyt forbruk og de med lavt

forbruk av tvangsmidler. Skillet her vil være mellom de to sykehusene. Men forskjellene mellom sengepostene vil komme frem der det synes relevant.

Det er variasjon i anvendelsen av tvangsmidler overfor psykiatiske pasienter. Det hevdes at denne forskjellen skyldes de ulike sengeposters forhold til legemidler. Altså andre medikamenter enn de som anvendes ved tvangsmedisinering.

Det er ikke utenkelig at dersom NPS har et mye høyere forbruk av "ordinære" medikamenter vil behovet for tvangsmidler være redusert. Jeg ønsker derfor å finne ut om en ved kun å forholde seg til tvangsmidler gir et skjevt bilde av psykiatiske pasienters situasjon.

4.0. KAN MEDIKAMENTELL BEHANDLING "SKJULE" TVANGSBRUK ?

Er det slik at den "ordinære" medisinerer "skjuler" tvangsbruk - At legemidler kan overlapse eller erstatte bruk av tvang? Slike utsagn kommer blant annet til uttrykk i psykiatriens historie der det vektlegges at med innføringen av neuroleptika ble det "ro" i asylet. Flere informanter spurte også hva jeg syntes var best/verst - legemidler eller belter?

Medikamenter er en sjelden gang oppført på en pasient, for så å bli strøket ut med begrunnelsen at pasienten tok medisinen frivillig. Mistanken om at en ved et høyere tilsynelatende "frivillig" forbruk av medikamenter vil kunne unngå å bruke tvangsmidler, syntes riktig. Likeledes hevder Willadsen(1985) med flere at det er forbundet med goder, dersom en tar medikamenter frivillig. Goder som utgang med eller uten følge, byturer eller permisjoner.

4.1. Fremgangsmåte.

Ved gjennomgang av journalene på stikkprøve undersøkelsen forsøkte jeg også å registrere medikamentbruk. Det viste seg å være umulig å si med sikkerhet hvilke medikamenter en pasient har fått en tilfeldig valgt dato under innleggelsen i psykiatrisk sykehus. Jeg vil anta at disse funn kan generaliseres til å gjelde de fleste institusjoner.

Medikamentkardex var kun en sjelden gang påført årstall og noen ganger var den ikke å finne i journalen. Mange pasienter har flere og langvarige innleggelser, derfor er dato alene utilstrekkelig.

En pasientjournal er et innholdsrikt dokument. Papirene ligger i utgangspunktet i kronologisk rekkefølge, men ofte er ikke det tilfelle. Jeg fant fram til medikamentdoser ved å

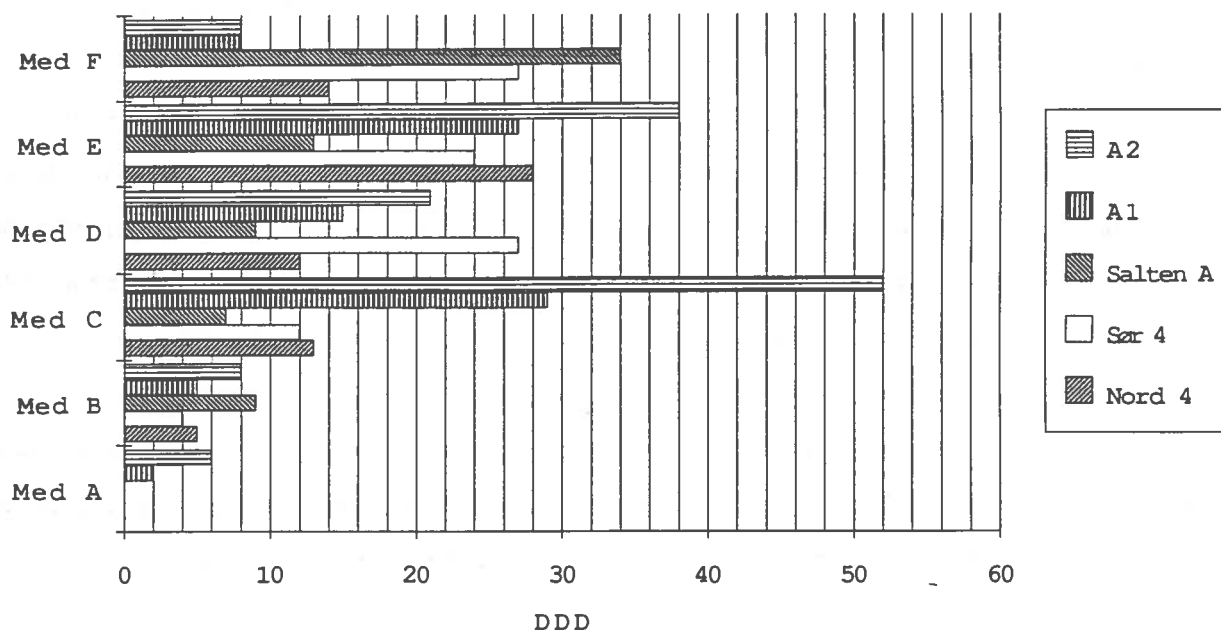
sammenholde legens journalnotat nærmest den oppgitte dato og sykepleiekardex med epikrisen og medikamentkardex. Jeg hadde planlagt å beregne definerte døgndoser. Men på grunn av disse forhold valgte jeg å kun forholde meg til om pasienten har fått medikamenter eller ikke.

En av overlegene ved akuttpostene foreslo innkjøpslisten fra apoteket som et bedre måleinstrument. Jeg kontaktet de farmasøyter som er tilknyttet akuttavdelingene. Siden mine kunnskaper om denne type data er begrenset, valgte jeg å legge fram mitt behov for informasjon til begge farmasøytene. De kontaktet så hverandre slik at data ble systematisert i sammenlignbare grupper. Jeg bruker innkjøpslisten fra apoteket ved sammenligningen av medikamentforbruket mellom de ulike sengeposter og sykehus. Innkjøpslisten er inndelt i sju ulike grupper med medikamenter. Data er angitt som kronebeløp og definerte døgndoser og de er satt opp halvårsvis fra 010790 til 300692. Jeg mangler data for det første året av undersøkelses perioden og det skyldes at data måtte ha vært bearbeidet manuelt. Informasjonsverdien syntes ikke å stå i forhold til tidsbruk og er derfor ikke gjort. Det forbehold en må være klar over er at vi ikke vet hvor mye medikamenter den enkelte sengepost hadde i medisinskapet ved begynnelse og slutten av perioden. Dersom den ene sengeposten har fullt medisinskap og de andre har nærmest tomme skap, vil dette gi et noe urimelig bilde. Dette forbehold burde jevne seg ut i løpet av to års perioden.

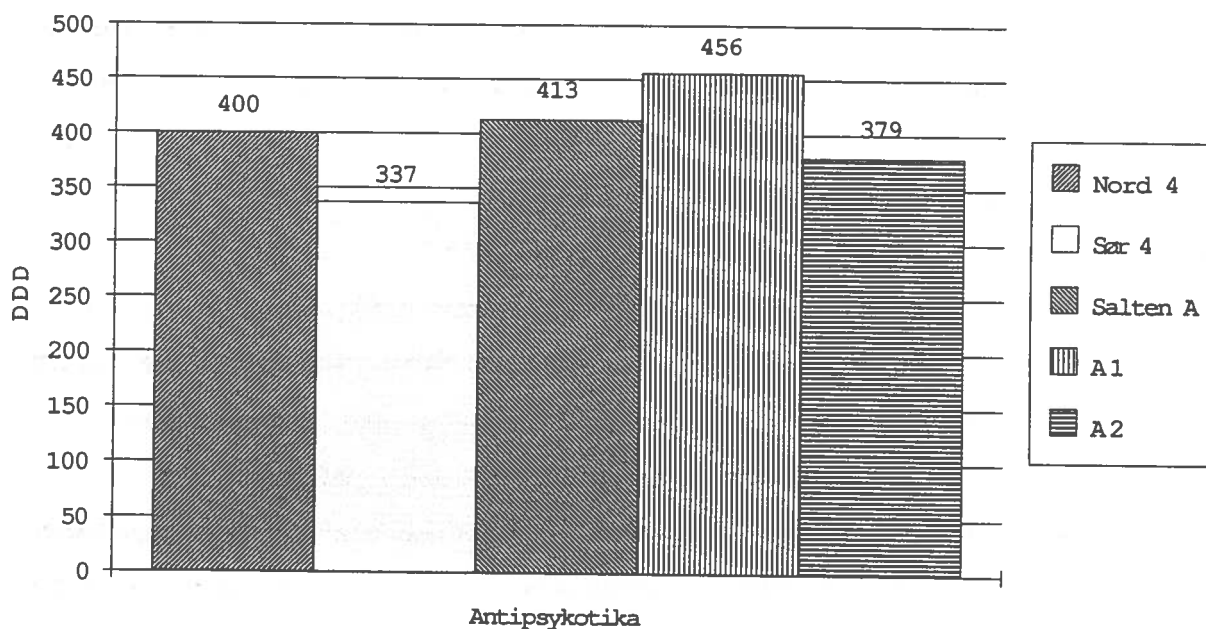
4.2. Er det forskjell i bruk av legemidler?

I oversikten over inneliggende pasienter i mars 1990 og oktober 1991 (vedlegg 1) viste det seg at ved NPS var 9 av 62 pasienter uten legemidler, det vil si 14,5%. Ved Åsgård var 3 av 55 pasienter uten legemidler, det vil si 5,5%. Prosenttallene må tas med alle mulige forbehold - da det er uhyre små tall. Innkjøpslisten danner utgangspunkt i den påfølgende figur hvor jeg har beregnet gjennomsnittlig definerte døgndoser (DDD) for perioden og delt den med antall senger i enheten. I og med at beleggsprosenten antas å være tilnærmet lik ved samtlige sengeposter, skulle antall senger gi et riktig bilde.

Figur 5. Gjennomsnittlig forbruk av legemidler i DDD i forhold til antall senger pr enhet i perioden 1.juli 1990 til 30.juni 1992²³.



Figur 6. Gjennomsnittlig forbruk av antipsykotika i DDD i forhold til antall senger pr.enhet i perioden 1.juli 1990 til 30.juni 1992



²³Forkortelsene skjuler følgende medikamenttyper:

Med A=Bezodiazederivater, Med B=Karboksamidderivater, Med C=Antikolinerika, Med D=Anxiolytika, Med E=Hypnotika/Sedativa, Med F=Antidepressiva

Gjennom figurene kan vi se at medikament forbruket ved de ulike sengepostene er påfallende likt. Sør 4 skiller seg ut med et mindre forbruk av spesielt antipsykotika.

Data er forsøkt satt sammen på ulike måter for å se om resultatet blir forskjellig. Dette er gjort fordi det er vanskelig å si hva som er mest rett, å beregne forbruket av legemidler i forhold til antall innleggelser, antall senger eller antall liggedøgn. Etter mine beregninger blir tendensen den samme. Ved å beregne i forhold til antall innleggelser så det ut til at spesielt Sør 4 brukte minst legemidler. Her kom det også frem at Åsgård hadde et noe høyere forbruk enn NPS, men forskjellen er liten.

Ved å se på forbruket i kroner ser vi den samme forbausende likheten. I løpet av denne to års perioden har det på de 30 sengene ved NPS blitt innkjøpt medikamenter for cirka kr.373.620 og ved de 30 sengene på Åsgård for kr.378.920. En differens på kr. 5300.

I følge farmasøytene ved de to sykehus, må en anta at dette skyldes mer eller mindre tilfeldigheter. Innkjøp av medikamenter skjer til enhver tid utfra behov hos pasienten, uavhengig av budsjett og kostnader. Budsjettforslagene settes opp i forhold til fjorårets forbruk og eventuell overforbruk har så langt ikke hatt konsekvenser for innkjøp. Det ble påpekt at medikamenter utgjør en forsvinnende liten andel av budsjettpostene og det er relativt sett lite å spare ved innstramninger i forbruk.

4.3. Er det forskjell i bruk av tvangsbehandling ?

Antall tvangsbehandlingsvedtak²⁴ som er fattet må også tas med når en skal vurdere bruken av tvang.

NPS har i perioden fattet 136 tvangsbehandlingsvedtak, fordelingen mellom sengepostene er temmelig lik. Sør 4 har fattet 40 vedtak, Nord 4 - 43 og Salten A - 53 tvangsbehandlingsvedtak.

²⁴Tvangsbehandlingsvedtak skal føres i egne protokoller utgitt av Sosialdepartementet ved hver sengepost. Jeg har talt opp i undersøkelsesperioden fra 1.7.89 til 30.6.92.

Åsgård har i samme periode fattet 66 tvangsbehandlingsvedtak. A1 har fattet 42 vedtak, mens A 2 har fattet 24 vedtak.

Fordelingen mellom kjønn er jevn. Ved NPS er 63 menn og 73 kvinner utsatt for tvangsbehandlingsvedtak, mot 32 menn og 34 kvinner på Åsgård.

Ved å se på de enkelte sengeposter halvårsvis må en kunne si at antall vedtak holder seg jevnt.

4.4. Forholdet legemidler og tvang.

Det forholder seg altså ikke slik at de som bruker mye belter gir lite medisiner. Det sammenlagte forbruk av legemidler på akuttpostene er forbausende likt ved de to sykehus.

Men er det slik at det ene sykehuset er mer tilbøyelig til å bruke tvang i forbindelse med bruk av legemidler?

Vi har vist at det er variasjon i anvendelse av tvangsbehandlingsvedtak. Vi har i kapittel 3 sett på differensen i tvangsmedisinering og også der fant vi variasjon, NPS hadde fattet 86 tiltak og Åsgård 155.

Riktignok er det slik at tvangsbehandlingsvedtak er noe annet enn tvangsmedisineringstiltak, men likevel fant jeg denne sammensetningen interessant. Forholdet til tvangsmedisinering og tvangsbehandling er omvendt ved de to institusjoner.

Ved å se på tvangsmedisinering alene er variasjonen i antall tiltak i samsvar med bruk av de øvrige tvangstiltak. Ved å se på tvangsbehandlingsvedtak er variasjonen i samsvar med antagelsen om at de som bruker mye medikamenter bruker lite tvangstiltak. Spesielt om en sammenholder antall vedtak på A 2 som er 24 og Salten A som har fattet 53 vedtak i samme periode.

Muligens kan variasjonen skyldes ulik definering av et medikament? For eksempel er

Cisordinol-Acutard som vi tidligere har vært inne på et typisk medikament som etter mitt skjønn egentlig heller krever et tvangsbehandlingsvedtak. Eller det kan være et bevisst valg som står bak tvangsbehandling eller tvangsmedisinering - at det ené ansees bedre/verre enn det andre?

Konklusjonen synes å være at det er variasjon i anvendelsen av tvangsmidler. Denne variasjonen fremkommer uavhengig av bruk av legemidler. Bruken av legemidler er forbausende lik ved de to sykehus. Det videre arbeid vil derfor være å forsøke å finne en forklaring på variasjonen i anvendelsen av tvangsmidler.

DEL 2**5.0. HVORFOR VARIERER BRUKEN AV TVANGSMIDLER ?**

Hovedspørsmålet i Del 2 er ambisiøst. Å finne en fullt ut dekkende forklaring på hvorfor anvendelsen av tvangsmidler varierer er neppe mulig innenfor rammene av et hovedfagsarbeid. Likevel vil jeg forsøke å avdekke noen mulige forklaringer.

På bakgrunn av en del av den kritikken som er reist mot psykiatrien de siste årene og eget kjennskap til helsevesenet, velger jeg ut følgende tre forhold: 1. De ytre rammebetingelser. 2. Kompetanse hos personalet. 3. Normer og verdier i sengeposten.

I den offentlige debatten er det reist en rekke kritiske innvendinger mot det psykiske helsevern. Det kan se ut til at avsløringen om forholdene ved Reitgjerdet sykehus satte en fortgang i både debatten og nedbyggingen av institusjonene. Til tross for diskusjon for og imot institusjoner, er det lite som tyder på at det i overskuelig fremtid er aktuelt å si farvel til institusjonene. Dette kommer blant annet til uttrykk i NOU 1988:8 "Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke". Det nye lovforslaget innebærer fortsatt bruk av både tvangsinnleggelse, tvangsmidler og tvangsbehandling. Signalene (blant annet Nye-Åsgård planen) går heller i retning av ønsket om flere senger i institusjonen.

I "non-restraint" perioden viste det seg å være mulig å slutte med tvangsmidler. Men gitt at det er nødvendig å bruke tvang, er det av betydning at vi har så mye kunnskaper som mulig for å forstå hva som skjer i møtet mellom pasienten og det psykiatriske sykehus. Opplevelsen av å bli innlagt i sykehus med tvang, for så å bli lagt i belter i x antall timer, er noe som ligger utenfor erfaringene og forestillingene til de fleste.

Utredningen om lobotomi (NOU 1992:25) viser at vi må forstå utbredelsen av metoden i lys av blant annet den ressursfattigdom som fantes innenfor psykiatrien. Situasjonen var preget av en desperat mangel på effektive behandlingstilbud og som de hevder (s.61):

At det under disse forhold utviklet seg en annen behandlingskultur enn i dag, kan ikke overraske noen....Pasientbehandlingen var håndfast, de fleste steder var tvangsmidler i omfattende bruk...

Variasjonen i bruk av operasjonsmetoden forklares med både ulik etisk oppfatning blant psykiaterne og ikke minst sykehusdekningen.

De ytre rammebetingelsene legger som vi ser langt på vei premissene for hvilke handlinger som kan utøves innenfor et psykiatrisk sykehus. Jeg tenker blant annet på antall ansatte og størrelsen/utseendet på sengeposten. Dette er en type data som er sammenlignbare og som kan gi nyttig informasjon.

Det neste steg er å vurdere kompetansen hos personalet. Dette kan gjøres på ulike måter. Jeg har valgt å fokusere på den formelle såvel som den uformelle kompetansen. Den teoretiske utdannelsen, arbeidslivserfaringen og stabiliteten hos personalet er derfor faktorer jeg griper fatt i. Ut fra mitt ståsted antar jeg at de har betydning for hvordan en møter en person som er syk og i en akutt krise.

Variasjonen i anvendelsen av tvangsmidler kan ikke utelukkende forklares med de to forannevnte punkter. Det er lite sannsynlig at det er stor ulikhet i rammebetingelser og kompetansen hos personalet mellom A 1 og A 2.

Det tredje og siste temaet dreier seg derfor om hvilke normer og verdier som eksisterer i de ulike sengepostene. Ulike kulturer rundt pasienten og deres betydning i møtet mellom pasienten og det psykiatriske sykehuset er dokumentert av flere sosiologer²⁵ og psykiatere²⁶.

²⁵I Kapittel 1 nevner jeg sosiologer som Løchen, Caudill osv., men også Måseide(1975) og Sørhaug(1977)har beskrevet møtet mellom "ansatte og innsatte".

Ut fra mitt ståsted ville det ideelle for å studere normer og verdier i sengeposten ha vært en antropologisk tilnærming, med deltakende observasjon. Men i og med at jeg også har ønsket å fokusere på andre aspekt, ville det føre for langt å fordype seg i dette i en slik grad.

Tilnærmingen til disse tre sider ved institusjonen varierer og fremkommer under hvert enkelt kapittel. Her vil jeg kort gjøre rede for de faktorer som er felles. Innsamlingen av data har skjedd i en kombinasjon av gjennomgang av litteratur, dokumenter - som NOU, Helse- og sosialplaner, budsjett, interne utredninger, ustrukturerede intervju/samtaler med flere informanter på hver sengepost (ekstravakter, assistenter, hjelpepleiere, miljøterapeuter, sykepleiere og leger) og informasjon fra akuttkontorene og personalkontorene ved NPS og Åsgård.

Jeg har tilbragt en dag ved hver sengepost som "deltakende observatør" med uformelle samtaler med de av personalet som hadde anledning. I tillegg har jeg hatt egne ustrukturerede intervju/ samtaler med deler av personalet etter avtale ved samtlige sengeposter og avdelingssykepleierne.

Det er enklere å være "forsker" på NPS. Jeg ble tatt imot, vist rundt og presentert for ulike personer. Jeg har blant annet vært tilstede på to oversykepleiermøter. På sengepostene visste de færreste hvem jeg var og hva jeg gjorde der, slik at det var lett å få igang en samtale.

På Åsgård derimot er jeg "halvkjent" via arbeidet i kontrollkommisjonen og som høgskolelærer ved grunnutdanningen i sykepleie. I tillegg var både pasienter og personalet informert om min tilstedeværelse. Dette gjorde at den "naturlige" nysgjerrigheten som var et godt utgangspunkt i Bodø, var borte i Tromsø. Men likevel er det slik at jeg kjenner Åsgård sykehus bedre gjennom mange år. Dette kommer klart fram i forhold til de eksempler jeg har fått av informanter på hva som kan skje i møtet med pasientene.

²⁶S.Friis(1984) er den i Norge som har foretatt de mest grundige analyser. Han benytter seg av "Ward Atmosphere Scale"(WAS), som består av 100 ulike påstander om sengeposten. Noen av spørsmålene tar utgangspunkt i posten slik den virkelig er, andre i slik den burde være - en idealpost. Både pasienter og personalet fikk spørreskjema. Hensikten er å utforske om ulike grupper av pasienter har ulik oppfatning av hva som er et godt behandlingsmiljø og lete etter sammenheng mellom behandlingsmiljø og karakteristiske trekk ved behandlingen. Data er samlet inn fra 54 norske avdelinger. Leseren henvises til avhandlingen for en grundigere gjennomgang.

Med så kort observasjonstid i sengeposten, hadde jeg ikke fått fatt i denne informasjonen uten å ha hatt et langvarig kjennskap til noen av informantene²⁷.

²⁷Jeg takker for tilliten og informantene har fått anledning til å kontrollere bruken av pasient-eksemplene. Dette er hovedforklaringen på at pasient-eksemplene kommer fra Åsgård og ikke NPS. Man kan med stor sannsynlighet anta at tilsvarende episoder også vil forekomme ved NPS, muligens i mindre grad - siden anvendelsen av tvangsmidler er lavere.

DE YTRE RAMMEFAKTORER.

De ytre rammefaktorer i en organisasjon danner basis for hva som skjer innad. Jeg tenker da på forhold som størrelse og utseende på sengeposten, antall ansatte, ulike stillingskategorier, forbruk av ekstravakter osv. Derfor er de ytre rammefaktorer det mest nærliggende å studere for å finne en forklaring på hvorfor det er variasjon i anvendelse av tvangsmidler.

Premissene for hvilket arbeid som utøves i forhold til pasientene legges her. I følge Aubert (1963:6) står psykiateren overfor spørsmålet om hvem han skal tjene, den enkelte pasient eller samfunnet.

Sinnsjokehusa er og staden der fangen og pasienten, lækjarvitskapen og straffa har eit problematisk møte. Er sinnsjokehusa handsamingsstader for pasienter som lid av diagnostisertesjukdomar? Eller er dei oppbevaringsanstalter og disiplineringsinstitusjonar for menneske som elles ville vera ei bær for andre og plaga dei meir enn dei toler? Samfunnet har vel lagt begge desse oppgåvene på psykiatrien, og visseleg utan å vedgå for ei påkjenning konflikten er både for pasientar og lækjarar. Lækjarfrakkane og syster-uniformene fortel pasientane at dei er sjuke. Dei låste dørene, tvangsrådene og forbodet mot å forlata anstalten fortel dei at dei er fangar. Og kva fortel sjokkhandsaminga dei? Er ho trugande straff for dårleg åtferd, eller hjelp for å gjera dei friske?

Interessene vil ofte være motstridende. Pasienten ønsker å reise hjem og betrakter seg som ferdigbehandlet, familien er utslitt, nærmiljøet er redd for pasienten og kommunen mangler bolig og ettervernstilbud.

Hvordan samfunnet utenfor det psykiatriske sykehus forholder seg til de psykiatriske pasienter, vil ha innflytelse på hvem som legges inn og når det skjer, jf Måseide(1991). I forhold til bruk av tvangsinnleggelse er det særlig aktuelt å se nærmere på livet utenfor institusjonene. Jeg kan i begrenset grad dokumentere og drøfte disse prosessene. Noen momenter knyttet til de formelle og administrative forhold er det allikevel mulig å trekke

frem.

6.1. Forholdet mellom sykehuset og omgivelsene.

Et skille mellom NPS og Åsgård er at der NPS forholder seg til en fylkeskommune, må Åsgård forholde seg til to. Dette medfører sannsynligvis en mer komplisert administrativ hverdag for Åsgård.

Antall senger i forhold til antall innbyggere betyr muligens noe i forhold til bruk av tvang. NPS²⁸ har 34 senger mer enn departementets norm tilsier, mens Åsgård²⁹ har 20 senger mindre. Jeg har ikke undersøkt "sykeligheten" hos pasientene ved innkomst til sengeposten, men på bakgrunn av sengekapasiteten må en anta at det er vanskeligere å bli innlagt på Åsgård enn NPS.

Fordelingen av sengene er forskjellig. NPS har 30 senger som tilhører akuttposten, pluss 2 senger til psykisk utviklingshemmede. Videre har de 46 senger til korttidsposter, 12 senger til barn/ungdom/familie, 44 senger til avlastning/omsorg/ rehabilitering og 20 senger til langtid/rehabilitering/sikkerhet. Åsgård har 40 senger til akuttavsnittet, den ene sengeposten på 10 senger til unge schizofrene ble nedlagt høsten 1991 og idag har man 10 senger på POA - prosjekt overskudd akutt. Videre har de 35 senger på langtid og 15 senger på psykiateriskavsnitt.

Det ser ut til at NPS ikke bare har flere senger til disposisjon, men de har også større fleksibilitet. De har flere typer sengeposter å velge mellom og har dermed større mulighet til å overføre pasienter til andre sengeposter. I følge informasjon fra avdelingssykepleierne på akutt har antall "langtidspasienter" ved NPS blitt redusert de senere år, mens Åsgård fortsatt har flere (2-3 personer).

En nærliggende antagelse er at forholdet til de omliggende kommuner påvirkes av antall

²⁸NPS - data er hentet fra Driftsplan for NPS 1992.

²⁹Åsgård - Data er hentet fra Budsjettforslag 1992.

senger i institusjon. Ved lav sengekapasitet må terskelen for innskrivelse bli høy. Dermed blir pasienten værende lenger i hjemkommunen og det vil muligens lettere oppstå konflikt mellom hjem - primærhelsetjeneste og spesialisttjenesten.

I Nordland legges sektoriseringsprinsippet til grunn for organiseringen av behandlingen. Hver region skal være mest mulig selvforsynt med tilbud. De ulike sengeposter er knyttet til hver sine regioner (kap 1). Konsekvensen er at personalet ved NPS i hovedsak forholder seg til et begrenset antall kommuner. Det oppstår en nærmere kontakt mellom primærhelsetjenesten og NPS som kan eksemplifiseres med at en av sengepostene (Sør 4) brukte to faglige fordypningsdager til å reise rundt i hjemkommunene til deres pasienter.

Fra ca 1970 ble prinsippet om avgrenset geografisk ansvar, regionalisering innført i voksenpsykiatrien i Troms og Finnmark (Helse- og Sosialplanen 1990-1995). Sengepostene ved Åsgård er imidlertid ikke tilknyttet noen spesielle kommuner. Pasientene tas inn ettersom det er ledig kapasitet, med unntak av "de faste" der det forsøkes opprettholdt fast kontakt til en sengepost.

Spørsmålet om hvorvidt kontinuitet i pasientomsorgen er et gode, stilles sjelden eller aldri. I følge Hjortdal (1987) er det gjort internasjonale forsøk på å vise den objektive nytte av kontinuitet, noe som har vist seg vanskelig. Men i følge han føler de fleste leger og pasienter intuitivt at kontinuitet³⁰ er viktig.

Hjortdal (1987:128) definerer kontinuitet på følgende måte; Kontinuitet overført til almenmedisin får to tildels, overlappende meninger.

³⁰Også i sykepleielitteraturen er kontinuitet vektlagt og beskrevet av blant andre Digernes(1986).

Primärsykepleie er den omsorgsmodellen som er mest brukt i somatisk sykepleie og som vektlegger kontinuitet i relasjonen mellom sykepleier og pasient. I psykiatrien brukes "Case-Management" beskrevet av blant andre Wold (1989). Den arbeider for å bedre behandlings-kjeden til kronisk syke pasienter med periodevise opphold i akuttavdelingen.

Den ene, opprinnelige betydning innebærer rene kvantitative aspekter. Kontinuitet i legel/pasientforholdet betyr her at pasienten har vært i kontakt med legen tidligere, det er kronologisk kontinuitet.(...)Det andre, utvidede kontinuitets-begrep innebærer kvalitative såvel som kvantitative aspekter. Det bygger på selve kontakten mellom lege og pasient og på hva denne kontakten fører til i legel/pasientforholdet over tid....

Kontinuitet i omsorgen er altså et koordinert og vedvarende ansvarsforhold mellom pasient og helsearbeider. Det ansees av de fleste³¹ å være en verdi i seg selv.

Dersom en legger til grunn at kontinuitet er av betydning, er det verdt å legge merke til at de sengeposter som har relasjoner til et gitt antall kommuner bruker mindre tvangsmidler.

6.2. Personell ved akuttpostene.

I det følgende rettes fokus mot antall stillinger og stillingskategorier. Sengepostene er ikke helt sammenlignbare fordi sykehusene har ulik organisering. NPS har tre sengeposter, mens Åsgård har to. Dette gjelder ikke bare pleiepersonell, men også stab³². Ved NPS er det en egen stab knyttet til hver sektor, mens Åsgård har en stab som er felles for akutt. Ulike arbeidsvilkår gjør at jeg skiller stab og det øvrige personalet.

³¹Jamfør innføringen av fastlege ordningen i Tromsø kommune. Alle innbyggere i kommunen har fått tildelt en fast lege. Det individuelle ønsket skal oppfylles så langt det er mulig. Det har vært liten diskusjon omkring innføringen.

³²Med stab menes det personale som er i behandlende (tradisjonelt er dette leger og psykologer) og administrative stillinger. De forholder seg til flere sengeposter. De er i større grad "gjester" og inngår ikke i det daglige liv. De har kontor utenfor enheten.

Tabell nr 12. Staben ved NPS og Åsgård:

	Nord 4	Sør 4	Salten A ³²	Åsgård ³²
Leger	7	5	6	8
Psykologer	4	3	4	4
Sosialkuratorer	-	-	-	4
Sykepleiere	3	1	3	3
Fullmektiger	-	-	-	2
Fysioterapeuter	1	1	2	-
Kliniske kons.	1	1	2	-
Tekn/adm.	2	2	4	-
Sum	18	13	21	21

Ved utelukkende å se på tabellen kan en få det inntrykk at staben ved NPS er mer enn tre ganger så stor. Det er ikke tilfelle. Staben ved NPS er tilknyttet flere sengeposter på både akutt og korttid. Det er en del ulikheter mellom de ulike sektorer og deres organisering av tjenesten. Tilsammen har staben ved Nord, Sør og Salten ansvaret for 78 senger(Driftsplan for 1992). Ved NPS utgjør det 0,67 stilling i stab pr seng.

Ved Åsgård er det 0,7 stilling i stab pr seng. Antall stillinger i stab ved NPS og Åsgård er temmelig lik.

Hvorvidt ulikheten i organisering har betydning for samspillet mellom stab og sengepost i forhold til antall kontakter og varighet, har jeg ikke hatt anledning til å studere³³.

³³Jeg har vært i tvil om hvor stor betydning denne ulikhet i organisering av staben kan ha. Jeg opprettholder avgrensningen med begrunnelsen at staben på et vis er "gjester" i sengeposten. De er uten tvil av vital betydning når det gjelder forholdet til tvang, ikke minst er det legen som har ansvaret og skal iverksette tiltak. Likevel vil det senere fremkomme at det på Åsgård har vært

Tabell 13. Antall pasienter og personell ved NPS og Åsgård:

	Nord 4	Sør 4	Salten A	A1	A2
Antall pasienter ³⁵	10	10	10	15	15
Antall spes.spl	11	12	12	7,94	8
Antall sykepl.	-	-	-	6	6,78
Antall hjelpepl.	8,5	8	8	7,35	8,72
Antall miljøterapi.	1,5	1	1	5,93	7,49
Antall ass.	2	2	2	1	1
Antall ktr.ass.	0	0	0	1	1
Vernepl.	-	-	-	2,06	-
Sum ³⁶	23	23	23	31,28	32,99
Ekstravakt i kroner ³⁷	539.000	571.000	571.000	1.690.000	1.150.000

Med tre sengeposter er det forventet at det finnes flere stillinger fordi det skal være tilgjengelig personell hele døgnet, både helg og høytid.

Summen av stillinger viser at NPS har 69 stillinger på akuttpostene, mens Åsgård har 64,27 stillinger. Fordelingen av stillingskategorier er forskjellig. NPS har den tradisjonelle bemanningen med tilsammen 35 sykepleiere, 24,5 hjelpepleiere, 3,5 miljøterapeuter og 6 assistenter. Det vil si at det i all hovedsak er personell som er utdannet for å ta hånd om syke mennesker.

Ved Åsgård er fordelingen; 28,72 sykepleiere, 2 vernepleiere, 16,07 hjelpepleiere, 13,42 miljøterapeuter, 2 assistenter og 2 kontorassistenter.

utskiftning av stab - mens forbruket av tvang har vært relativt stabilt. Derfor har jeg satt strek her.

I følge informasjon fra personalkontoret³⁴ på Åsgård er det ikke utarbeidet spesielle krav til stillingen som miljøterapeut. Det har vært ansatt en del lærere, ellers er kravet cand.mag fra universitetet med en fagkombinasjon bestående av sosiologi, pedagogikk og psykologi. Forøvrig blir en lønnet som miljøterapeut når en er ferdig med 4.året på psykologistudiet og stadium 2 på medisin (ferdig med 4.året).

Ulikheten i fordelingen mellom fagpersonell er det verdt å merke seg i forhold til anvendelsen av tvangsmidler. Miljøterapeut stillingene ved NPS utgjør 5% og ved Åsgård utgjør de 20,8%. Dette vil bli diskutert i neste kapittel.

Flere informanter spesielt ved NPS påpekte at belter er unødvendig og skal kunne unngås med et tilstrekkelig antall personell. Personalet må også være samkjørt og kjenne hverandres reaksjonsformer. Det er altså ikke bare antall personer som er viktig, men også at personalet kjenner hverandre.

Ved NPS er hovedtyngden av stillingene hele eller halve, men for eksempel har Salten A³⁵ omgjort den ene miljøterapeutstillingen til 6 deltidsstillinger for å ha et tilstrekkelig antall personell i helgene. Ved Åsgård er en langt høyere andel av stillingene omgjort til små "prosentstillinger". Ved A³⁶ er 6,2 stillinger omgjort til deltid, med tilsammen 18 personer som arbeider mellom 7 - 16,67 timer pr uke.

Begge sykehus leier inn ekstravakter³⁷ for å dekke opp behovet for personell. Sammenlagt kan

³⁴Ved utlysning i avisen Nordlys 11.06.93 med ønske om miljøterapeut står det at ønsket kvalifikasjon er treårig helse/sosialfaglig høgskoleutdanning. Samarbeidsevne og personlig egnethet vektlegges. Andre med relevant praksis/ spesiell interesse for denne type arbeid oppfordres til å søke.(Dette gjelder ikke akuttpostene, men med henvisning til uttalelser fra personalkontor antar jeg at det ikke er forskjell.)

³⁵Informant er avdelingssykepleier

³⁶Informant er assisterende oversykepleier.

³⁷Ved NPS er forbruket satt opp i forhold til 1992.

Ved Åsgård har det i følge informanter vært betydelig over-forbruk hvert år, mellom 200 - 400%. Dette skyldes blant annet vakanser i de faste stillingene. I tillegg er budsjettrutinene omgjort slik at postene har fått overført ansvaret og man regner med nedgang i overforbruket. Postene er også tilført flere stillinger. I henhold til budsjettutskriv 19.mai 1993 har A 1 brukt 44% av 08 postene og A 2 har brukt 77%. Det ser dermed ut til å bli en betydelig overskridelse også i år.

vi se at NPS har et planlagt forbruk av ekstravakter på kr 1.681.000. Åsgård har planlagt et forbruk på kr. 2.840.000. Over en million og ett hundretusen kroner i planlagt forskjell i bruk av ekstravakter utgjør grovt regnet 6 stillinger. Ved å forholde oss til disse tallene ser vi at NPS fortsatt har sine 69 stillinger, mens Åsgård har ca 70 stillinger, summen til bruk av ekstravakter er da lik ved de to sykehus. Antall personer er dog svært forskjellig.

Ved alle fem sengepostene klaget personalet over at det i perioder kunne være et enormt antall personer inn og ut av sengeposten pr dag. Opptil 40³⁸ ulike personer som pasientene måtte forholde seg til.

I følge Friis (1985) er det vanskelig for psykotiske å forholde seg til mange personer samtidig og de profiterer på toperson-forhold. Psykotiske pasienter foretrekker et miljø med høyt nivå av støtte, praktisk orientering, orden og organisasjon(struktur) og lavt nivå av sinne og aggresjon.

6.3. Sengepostens størrelse.

NPS har tre akuttposter med 10 pasienter hver, mens Åsgård har to akuttposter med 15 pasienter hver. Dersom vi forholder oss til Friis forannevnte utsagn og ser tilbake på begrunnelse for å skjerme pasienter(kap.2.3.3) hvor det hevdes at angst er smittsomt, kan en forutsi at det blir fortere uro med 15 enn med 10 pasienter.

I forbindelsen med nedbyggingen av Reitgjerdet sykehus viste det seg at anvendelsen av tvangsmidler sank dramatisk med reduksjon av antall pasienter. Bruken av belter og remmer var uforsvarlig stort da belegget var på det høyeste, i 1977 ble 22,4% av all pasienttid tilbragt i remmer. Sengepostene ble nedbygget til kun å ta imot 10 pasienter, alle fikk enerom og mer plass å bevege seg på. Samtidig ble pleiefaktoren styrket. Bruk av tvangsmidler sank dramatisk (NOU 1988:8:61).

³⁸Av tids og ressursmessige årsaker har jeg ikke gjennomgått vaktlistene ved de enkelte sengeposter for å telle opp hvor mange personer som er innoom sengepostene i løpet av et døgn. Tallet ca 40 ulike personer kom fra såpass mange - at jeg håper at det er korrekt. Det presiseres at tallet ikke er kontrollert.

I følge det nye forslaget til "Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke" er kravet at oppholdet skal skje i enhet med høyst 15 personer. I følge dette er begge sykehus innenfor rammen.

Det psykiatriske sykehuset er pålagt å yte øyeblikkelig hjelp³⁹, og det medfører at det ikke er enkelt å planlegge antall inneliggende pasienter. I perioder vil det bli overbelegg og det kan lettere føre til uro ved Åsgård enn NPS. NPS kan fordele inneliggende pasienter over tre enheter istedet for to og antallet personer pr enhet vil neppe overskride 15.

Under forutsetning av at angst og uro er smittosomt blant psykisk syke mennesker og at pasienter har behov for å kunne trekke seg tilbake vil størrelsen på sengeposten være av betydning for tvangsmiddelbruken. Også ved å sammenholde opplysningene fra nedbyggingen av Reitgjerdet med tvangsmiddelbruken på henholdsvis NPS og Åsgård, synes det tydelig at 10 pasienter pr sengeenhet er tilstrekkelig.

6.4. Sengepostens utseende.

Ved NPS foregår moderniseringen kontinuerlig. Nord 4 holdt for eksempel på å flytte inn i nymalte lokaler, ved mitt første besøk. Sør 4 ventet på en større omorganisering og omfordeling av værelser.

Ved Åsgård har akuttpostene i store deler av undersøkelses perioden holdt til i midlertidige lokaler. De har nå flyttet inn i nye lokaler og det er disse jeg forholder meg til.

I dag holder samtlige sengeposter til i mer eller mindre nyoppussete lokaler. Personalet har eget oppholdsrom, med unntak av Nord 4 som fjernet rommet for å unngå at personalet trakk seg tilbake fra miljøet.

Sengepostene er hovedsaklig bygd opp omkring to-sengsrom, men tendensen går mot flere enerom - ettersom oppussingen skrider fremover. Det er også nødvendig, for i det nye

³⁹Rett til innleggelse er å finne i § 2,sjette ledd. Hver fylkeskommune har plikt til å drive minst en psykiatrisk avdeling, der øyeblikkelig hjelp tilfeller har krav på å bli innlagt tilsvarende Sykehuslovens § 6.

lovforslaget har pasienter som er tvangsinnlagt krav på enerom.

De fleste er misfornøyd med tosengs rom. Det hersket stor grad av enighet ved NPS om det uverdige i å måtte dele rom med andre i sin galskap og at det i seg selv var nok til å fremkalle angst. Som en av informantene uttrykte seg:

Hadde du våget å legge deg til å sove med det gale mennesket ved siden av? Jeg hadde aldri våget.

I følge flere informanter er "problemet" med nye lokaler at dørene er så lydtette. Om en pasient skulle gå til angrep på medpasienten ville det ikke høres. Sovesalene før i tida var bedre, for da hadde personalet i det minste oversikt.

Ved Åsgård fremhevet noen informanter det positive med tosengs rom. Mange psykotiske pasienter reagerer på at de ikke får sitt eget rom. De er vant til å trekke seg tilbake. Ved å være to på rommet er pasientene tvunget til å samhandle med hverandre. Det samme forholdet, nemlig at psykotiske pasienter trekker seg tilbake, brukes for å argumentere for både ene- og flersengsrom.

I perioder når sengepostene var "overbooket" kunne en pasient oppleve å bytte seng og rom 3-4 ganger i løpet av et opphold. Dette gjelder alle fem sengeposter.

Avdelingssykepleier ved Salten A er opptatt av beltesengas plassering. Den står klar til bruk på skjermingsgangen. Hun har i flere år arbeidet for å få senga plassert på et egnet rom, uten at det så langt har lyktes. Beltesengas "avskrekkende funksjon" der den står plassert på gangen ble kommentert!

Salten A ligger avsides i forhold til hovedsykehuset. Muligens er det forklaringen på at når en pasient først er lagt i belter, blir han værende der lenger enn det som ellers er vanlig ved NPS. Salten A er den sengeposten der pasienten gjennomsnittlig ligger lengst i belter - 11 timer, samtidig er det svært få som kommer i belter.

Nord 4 er uten belteseng. Som allerede nevnt, fjernet avdelingssykepleier beltesenga høsten 90 (se kap 3). I følge informanter er personalet fornøyd med denne ordningen. Det ble antydnet at noen sykepleiere muligens følte seg utrygg. Det kan ofte føles bedre med kort vei til beltesenga.

For pasientenes del medførte det en dramatisk reduksjon i anvendelsen av tvangsmidler. I hele 1991 var hverken belter eller isolat i bruk.

Å fjerne beltesenga kan sees på som en organisatorisk handling. Men det ligger også en ideologi til grunn her. Man viser via handling at beltesenga ikke er "hverdagskost". Det stilles krav om økt aktivitet for å finne frem til beltene og ta dem i bruk.

Muligens kan en trekke en parallel til Åsgård som ikke har bygd et godkjent isolat. Ved å ikke ha et isolat, blir pasientene ikke isolert.

6.5. Organisering av sengepostene.

Et trekk ved sengepostene og begge sykehusene er at de ledes med to-delt ledelse. Det vil si en sykepleiefaglig og en medisinsk leder. Sett i lys av Eriksen og Larsens(1991) modeller⁴⁰ for ledelse, må dette være en profesjonsmodell.

Hvorvidt to-delt ledelse er en egnet organisasjonsmodell eller ikke, er en så stor og problematisk diskusjon at jeg vil begrense meg til å vise til Larsen og Moldenæs(1992:3). De viser her til at flesteparten av informantene opplever prinsippet om to-delt ledelse som en barriere for å få til konstruktiv ledelse og endring på avsnittsnivå. Men et annet og kanskje like viktig aspekt er i følge Elstad(1991:115) at helse-og sosialsektoren har fremvist et hierarki hvor menn har autoritet over kvinnelige arbeidstakere.

Profesjonalisering er en motstrategi mot dette kjønnssystemet. Den skaper autonomi i arbeidet, og motvirker mannlig dominans over kvinnelige yrkesutøvere.

⁴⁰Eriksen og Larsen beskriver her hvordan de bruker tre ulike organisasjonsmodeller for å evaluere en ny organisasjonsplan i et sykehus.

Dette er et perspektiv som i liten grad vektlegges i diskusjonen. Det er vanskelig å få fatt i betydningen av den to-delte ledelse ved begge sykehus. Ved spørsmål til informantene om behandlingsopplegg, ideologi, retningslinjer for pleien, så uttrykte de fleste at dette var avhengig av legen.

Dersom man ser utelukkende på myndighetsområde for iverksettelse av tvangstiltak er det korrekt at legen har ansvaret. Men i følge informanter på samtlige sengeposter er det langt på vei de selv som står bak iverksettelsen av disse tiltak. Det var også pleiepersonalet som ofte "presset" legen til å medisinere pasienten.

Men det er jo forskjell på legene, det er ikke alle som er interessert i å høre på oss. Noen tror de vet best selv.

I det nye lovforslaget er dette tatt til følge. Den sykepleiefaglig ansvarlige i sengeposten skal da etter personlig undersøkelse av pasienten treffe vedtak om bruk av tvangsmidler.

Den daglige organisering av arbeidet på postplan i forholdet mellom pasient og ansatt, ser ut til å være noenlunde lik ved de to sykehus. Hver pasient har sin faste miljø- og stabskontakt. Den faste miljøkontakten har ansvar for opplegget til pasienten, gjør avtaler om aktiviteter osv. På bakgrunn av mine data er det ikke mulig å påpeke noen forskjell i organiseringen av arbeidet på postplan.

Mitt inntrykk er imidlertid at avgjørelser treffes på to vesensforskjellige måter ved sykehusene. Ved å ta utgangspunkt i min forespørsel om å gjennomføre denne studien, var behandlingstiden forskjellig. Det ble sendt likelydende søknad til begge sykehus. Ved NPS fikk jeg et positivt svar etter cirka 1 uke. Ved Åsgård ble søknaden sendt fra Direktøren til Forskningsrådet til Avsnittsoverlegen til Pleiepersonalet. Det tok cirka 4 måneder (inkludert sommeren).

Som "forsker" har jeg to ulike opplevelser av struktur og orden ved de to sykehusene. Ved for eksempel forespørsel etter Budsjettet for 1993 ved NPS ble jeg sendt til rette vedkommende og fikk jeg det pent innbundet i hende, raskt og uproblematisk. Ved Åsgård

spurte jeg flere og fikk ikke tak i hvor jeg kunne henvende meg for å få det. Jeg vandret fra kontor til kontor. Til slutt havnet jeg på et kontor og fikk en direkte utskrift for akuttpostene i hende. Jeg har også opplevd å få feil informasjon om antall stillinger ved Åsgård, som jeg oppdaget takket være tilfeldigheter.

Disse opplevelser samsvarer med Larsen og Moldenæs(1992) sin evaluering av lederopplæringsprogrammet ved Åsgård. De fant uklare ledelsesforhold ved sykehuset og mange som ikke vet hvem som har ansvar for hva og hvilket ansvar de ulike i direksjonen har. Man står ikke frem som leder - lederen skal være en blant likemenn. Det er flere likhetstrekk mellom en god leder og en god terapeut.

Mitt møte med NPS har inngitt tillit, mens ved Åsgård må enhver informasjonen kontrolleres. Eksemplet med at så mange personer ikke vet hvor budsjettet engang er mulig å finne - forteller også at budsjettet er uinteressant. Data som her presenteres må tas for det de er, en subjektiv opplevelse av møtet med sykehusene.

6.6. Liggetida i sengeposten.

I følge informanter varierer liggetida i sengepostene mellom en helg og ett år. I all hovedsak er målsettingen at pasientene er i sengeposten i 6 til 8 uker.

Sør 4 skiller seg ut med et ønske om kort liggetid. Målsettingen er at pasienten skal være i sengeposten mellom 10-14 dager. Sengeposten skal kun hjelpe pasienten i den helt akutte krisen, behandlingen skal pasienten få i nærmiljøet. Dette fungerer i følge dem selv dårligere nå enn før, tilbudet i kommunene er ikke rustet opp i samsvar med nedbyggingen av institusjonen og endringene ute i samfunnet. I dag ønsker de å ha enkelte pasienter noe lengre. Flertallet av deres pasienter er tvangsinnlagt. Presset utenfra er blitt større, slik at krisen må være maksimal for å innlegges i sykehus.

Flere ved begge sykehusene har henvist meg til S.Friis sine undersøkelser, jeg antar derfor at hans undersøkelser tillegges betydning. Friis (1984) hevder at psykotiske pasienter trenger å være i institusjon mellom tre til fem måneder. Han viser til Ellsworth sitt skille på to former

for effektive behandlingsmiljøer. Den ene typen som tar sikte på rask utskrivning kalles "efficient". "Efficient" miljøene er preget av mindre tid til mellommenneskelig kontakt, posten står i fare for å fremme en rask, men ustabil, symptomatisk bedring, hvor personalet blir utslitt og stadig skiftes ut. Den andre typen kaller han "effective", de tar sikte på å unngå reinnleggelser. Dette miljøet skal være med på å holde personalet stabilt, mer personlig kontakt, en viss tilbakeholdenhet med medikasjon og bedre sjanser for integrering og stabil bedring. Men som Friis også påpeker er kunnskapene om hva som er til beste for pasientene begrenset, slik at han er forsiktig med å trekke en bastant konklusjon omkring betydningen av liggetiden i institusjonen.

I forhold til våre sengeposter, stemmer ikke Ellsworth sine konsekvenser. Sør 4 har den korteste liggetida og må betegnes som "efficient". De har den mest stabile bemanning (se neste kapittel), bruker minst medikamenter og på stikkprøveundersøkelsen skiller de seg ikke ut hva angår reinnleggelser.

Liggetida i institusjon har endret seg de siste årene og dette kommer til uttrykk i antall reinnleggelser. Hovedtyngden av pasientene hadde ved stikkprøveundersøkelsen vært innlagt mellom 2 til 5 ganger og Åsgård hadde flest med mer enn 10 innleggelser.

6.7. Sammenfatning.

Kan variasjonen i anvendelse av tvangsmidler forklares ut fra de ytre rammefaktorer ?

Kapasiteten på senger i institusjon er forskjellig mellom sykehusene. NPS som bruker mindre tvangsmidler, har betydelig flere senger til disposisjon og de har tilsynelatende større fleksibilitet. Hvorvidt sengekapasitet har betydning for anvendelse av tvangsmidler er uklart og jeg har ikke funnet dokumentasjon for hverken det ene eller andre.

Under forutsetning av at kontinuitet er et gode, fremkommer det at de sengeposter med faste kommuner å forholde seg til bruker mindre tvangsmidler.

Det fremkommer et skille i fordelingen av stillingskategorier. NPS som har den tradisjonelle

fordelingen mellom sykepleier, hjelpepleier og assistenter bruker mindre tvang. Dette funnet vil bli fulgt opp i neste kapittel, når vi ser nærmere på kompetansen hos personalet.

Bruk av ekstravakter er betydelig høyere ved Åsgård. Videre fant vi at bemanningen var tilnærmet lik ved de to sykehusene. Det betyr at det er mye mer personell tilstede i sengeposten ved Åsgård.

Ved NPS ble det påpekt at bruk av belter var unødvendig med et tilstrekkelig antall personale tilstede i sengeposten. Men i samme åndedrett ble nødvendigheten av at de kjenner hverandre og er trygge på hvordan den andre reagerer påpekt. De fleste arbeidstakere har opplevd at når et stykke arbeid skal utføres er det ofte bedre med få kjente, enn mange ukjente. Det kan nok i og for seg virke beroligende med et høyt antall ansatte, ved å være flere ansatte enn pasienter er styrkeforholdet klart. Men samtidig skjer det ofte en pulverisering av ansvar og det er ikke like tydelig hvem som skal gjøre hva. Det stilles sterkere krav til en god leder med mange tilstedeværende.

En annen faktor som ser ut til å være av betydning er størrelsen på sengeposten. Forskjellen mellom å ha 10 pasienter pr enhet og 15 pasienter må vektlegges, ikke minst når en tar i bruk erfaringer fra Reitgjerdet sykehus.

Da Nord 4 fjernet beltesenga, må det oppfattes som en symbolsk handling i forhold til anvendelsen av belter. Jeg vil anta at personalet som legger en pasient i belter ved Nord 4 vil oppleve et sterkere behov for å rettfærdiggjøre sin handling, enn personalet ved for eksempel A 2.

Når en ser på de ytre rammefaktorer under ett er det ingen dramatisk skille mellom NPS og Åsgård. På bakgrunn av data er det vanskelig å påpeke en bestemt årsak som forklaring i variasjonen. Som Hjortdal påpeker er det vanskelig å vise den objektive nytten av kontinuitet, likedan er det med de ytre rammefaktorer. Men en del variasjon er funnet. Anvendelsen av tvangsmidler vil neppe synke om en utelukkende går inn på en faktor. Det er vel heller ved å se dem samlet under ett at en eventuell forklaring på variasjonen kan forstås.

7.0. KOMPETANSE HOS PERSONALET.

Kompetanse hos personalet er sentralt når en skal søke etter forklaring på hvorfor det er variasjon i anvendelsen av tvang hos psykiatriske pasienter. Både personlig erfaring og teoretisk utdanning vil trolig være av betydning for personalets måte å fungere på i møtet med syke mennesker i akutt krise.

Det enkelte personalmedlems personlige kompetanse er den ene siden, like viktig er personalgruppas samlede kompetanse. For å undersøke den er det ikke tilstrekkelig å legge sammen den enkeltes kompetanse, to pluss to er ikke alltid fire! En organisasjons samlede kompetanse kan være noe annet enn summen av enkelt aktørenes kompetanse, avhengige av samspillet mellom aktørene. Noen personalgrupper fungerer langt bedre enn man på forhånd skulle anta i forhold til kvalifikasjonene, i andre tilfeller er det motsatt. Man kan i verste fall tenke seg en gruppe med både lang teoretisk utdanning og arbeidslivserfaring, men hvor hvert enkelt medlem "kjører" sitt eget løp. Dermed kan ikke gruppas potensiale utnyttes.

Helsetjenesten kan sees på som et system av innbyrdes forbundne yrker⁴¹. Den profesjonelle helsetjenesten var opprinnelig yrkesmessig enkel og bestod i hovedsak av sykepleiere og leger. Men etter 1945 har det vært en rivende utvikling, med i dag omkring 100 ulike yrker. Medisinen selv består av en rekke spesialiteter, med egne subspecialiteter⁴². Spesialiseringen har medført at kunnskapsområdet ofte er så innsnevret at samarbeidet med andre er tvingende nødvendig for å løse de fleste helseproblemer. Psykiateren kan hjelpe meg med stemmene i mitt hode, men ved hodepine må nevrolog eller muligens en nevrokirurg kontaktes.

⁴¹Ole Berg har i *Medisinenes logikk*(1987) en langt bredere framstilling av Det medisinske yrkeshierarki enn hva som er hensiktsmessig å ta med i denne sammenheng.

⁴²I tillegg til O.Berg har P.Måseide(1983) beskrevet spesialistutviklingen hos leger og sykepleiere.

Spesialiseringen skjer på bakgrunn av utviklingen av kunnskap. Eller som Måseide(1983:117) sier det:

Kunnskapsutviklinga har skapt spesialisering, og spesialiseringa verker i sin tur fremjande på kunnskapsutviklinga...

Jeg vil gripe fatt i de formelle versus de reelle kvalifikasjoner. Med de formelle tenker jeg på den teoretiske utdanning en person innehar. De reelle er noe mer og noe annet enn de teoretiske. En tilegner seg blant annet en rekke kvalifikasjoner gjennom livserfaring og erfaring fra praktisk yrkesutøvelse.

7.1. Klargjøring av kompetansebegrepet.

Kompetansebegrepet har ulik betydning for de ulike forskere og det finnes like mange definisjoner som personer som har interessert seg for feltet⁴³.

Følgende figur gir et bilde av hvor jeg vil sette fokus i forhold til kompetanse.

Figur 6. Kompetanse.

	Formell	Reell
Individuelt basert		
Gruppebasert		

Som vi ser av figuren vil kompetanse kunne betraktes på to ulike nivå, individ eller gruppe, og i forhold til type, formell eller reell. Dette er sentralt, ikke minst i forhold til diskusjonen omkring bruk av tvang overfor psykistriske pasienter. Å lete etter en forklaring er langt mer komplisert enn å gå rett på det enkelte medlems kompetanse. En sengepost består av en rekke individer som tilsammen utgjør en gruppe. Den samlede kompetansen vil bestå av en vekselvirkning og et samspill innenfor rammen av gruppen.

⁴³Arbo(1988) sammenfatter noen av disse forsøkene (I Bjørnåvold - 1993).

Jeg vil begynne med å se nærmere på hvilke formelle kvalifikasjoner det enkelte personalmedlem på akuttavdelingen innehar. Men å studere utdanning alene er ikke tilstrekkelig. De tradisjonelle læreanstalter har ikke monopol på kunnskapsformidling. Utdanning og læring skjer i like stor grad gjennom livserfaring og innenfor arbeidslivet.

Den personlige kompetansen består av tre komponenter. Jeg vil ta utgangspunkt i Nordhaugs (1991 - min oversettelse av begrepene) tre komponenter; Kunnskap vil si den informasjonen en har om et saksforhold, det jeg kaller formell kunnskap. Ferdighet vil si kapasiteten til å handle på en bestemt måte, den praktiske ferdigheten. Det siste elementet viser til evne. Kompetanse er noe som utvikler seg over tid og forskjellig fra person til person. Vi har ikke alle samme evne til å utnytte og anvende den kunnskap/livserfaring som blir oss til del.

Vi må også forholde oss til den utvikling av erfaring som skjer på gruppenivå. Vandenput (1973) har undersøkt hvilke faktorer som hemmer eller fremmer overføring av læring i en bedriftsorganisatorisk sammenheng. Han finner at de mellommenneskelige forhold har størst effekt (Moxnes,1981).

Dreyfus & Dreyfus (1986) er også opptatt av utviklingen av kunnskap og de hevder at læringsprosessen går gjennom fem steg; fra 1. Novise, 2. Nybegynner, 3. Kompetent, 4. Den kyndige, 5. Eksperten (min oversettelse).

Novisen vil utføre et arbeidsoppdrag uavhengig av konteksten. Et kjennetegn er at vedkommende er regelstyrt. Gradvis vil konteksten få økt betydning og en vil lære/gjøre bruk av tidligere erfaring. Den kompetente er istand til både å følge regler, ha en målsetting og foreta justeringer underveis.

I sykepleien vil en naturlig sammenligning være prosessen med å lære å sette sprøyte. Til å begynne med har studenten kun fokus på sprøyta og det å klare å få innholdet på plass uten luftblærer. Gradvis vil studenten oppdage/lære at pasienten består av mer enn den muskelen sprøyta settes i. Pasienten behøver ikke lenger ligge i sideleie, han kan faktisk stå og for eksempel kan klokkeslettet forandres osv.

Noen studenter/sykepleiere lærer å få til en type kontakt med pasienten som gjør vedkommende så avslappet at sprøyta glemmes, mens andre aldri blir eksperter.

En ekspert bruker både intuisjon og analyserer situasjonen. Han vet hva som skal gjøres, basert på moden og erfaren forståelse. En eksperts dyktighet er integrert i personen. Det er som å gå, man gjør det automatisk, tross for at det i realiteten er en rekke kompliserte faktorer som skal samordnes og utføres samtidig.

7.2. Teoretisk utdanning og sammensetning av personalet.

Grunnlaget for fremtidig arbeidsinnsats og evne til en fleksibel og selvstendig yrkesutøvelse dannes blant annet gjennom den teoretiske utdanningen. Jeg vil fokusere på pleiegruppene, fordi det var her vi fant variasjon i henhold til forrige kapittel.

Jeg baserer meg på avdelingssykepleiernes uttalelser⁴⁴, høsten/våren 1992/93 og som de tok på sparket. Men i og med at data er såpass unøyaktig kan de ikke settes opp i en tabell som kan være lettere å holde oversikt over.

Forskjell i teoretisk utdanning kommer tilsyne i andel personell med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie. Ved NPS har cirka 60% av sykepleierne spesialutdanning i psykiatri og cirka 60% av hjelpepleierne har videreutdanning i psykiatri. Ved Åsgård har cirka 38% av sykepleierne spesialutdanning og cirka 31% av hjelpepleierne. Ved Åsgård har det skjedd en forbedring i den senere tid.

Det var andelen av miljøterapeuter som i hovedsak skilte sykehusene, der de utgjorde omkring 5% ved NPS og 20% ved Åsgård. Åsgård har både en større andel personell uten spesialkunnskaper og flere som i sin grunnutdanning har lite eller ingenting om det å forholde seg

⁴⁴I og med at jeg sammenligner to sykehus og fem sengeposter ønsket jeg å få en oversikt over personalets utdanning på samme tidspunkt. Jeg kontaktet derfor personalkontorene ved sykehusene. Ved NPS var de imøtekommende og skulle oversende informasjon. Denne er ikke mottatt og jeg har ikke purret på bakgrunn av reaksjonen fra Åsgård. Ved Åsgård fikk jeg et kontant nei. Etter fire henvendelser til ulike instanser gav jeg opp og har valgt å akseptere denne svakheten med data. Jeg anser data å være tilstrekkelig korrekte til mitt formål.

til syke mennesker.

Sammenlignet med den somatiske helsetjenesten blir kravene innenfor psykiatrien interessant. Ved en akutt sengepost i somatisk sykehus, kreves det for fast tilsetning minimum 4 års teoretisk utdanning i å ta hånd om syke mennesker. For å bli ansatt i en akutt sengepost i psykiatrisk sykehus behøver man altså ikke å ha skolering i å ta hånd om syke mennesker i det hele tatt.

Jeg har forstått at argumentasjonen for denne sammensetning av personale blant annet går ut på at det sentrale ikke er dine teoretiske kunnskaper, men hvordan du forholder deg i møtet med pasienten. Pasienten trenger en hånd å holde i og en som kan lytte, observere og aktivisere.

I andre deler av samfunnet er det nettopp økt kompetanse som står i fokus⁴⁵. Derfor undres jeg over utviklingen her med flere miljøterapeuter.

I en organisasjon kan det være behov for personer som har andre tanker og ideer, enn de som tradisjonelt tilbys. Noen ganger er man også ute etter bestemte personer med spesielle egenskaper. Det har jeg forståelse for. Dette er ikke bakgrunnen for tilsetning av miljøterapeuter. Som påpekt i kapittel 6 er det ingen spesielle kvalifikasjoner som etterlyses, i følge personalkontoret ved Åsgård.

Hvorvidt spesialkunnskaper i å behandle akutt psykisk syke mennesker er av betydning i forhold til anvendelse av tvang, kunne for eksempel studeres på følgende måte. Vaktlistene kan gjennomgås på de dager tvangsmidler har vært i bruk, i den hensikt å registrere hvor mange i de ulike yrkesgrupper som var tilstedeværende. Dette er et så møysommelig og tidkrevende arbeid at jeg har valgt å ikke prioritere det. Ikke minst fordi jeg stiller meg tvilende til at det vil gi noe særlig utslag.

I helsevesenet benyttes det mye ufaglært arbeidskraft eller vikarer i helger og om natten. Det

⁴⁵Et eksempel her er Stortingsmelding 43(1988/89): Mer kunnskap til flere. og NOU 1991:4 som tar opp problemstillingen om hva slags kompetanse vårt samfunn vil ha behov for i 90-årene.

er alltid best bemanning på dagtid, så reduseres den gradvis utover døgnet og er på et minimum om natten. Derfor undersøkte jeg klokkeslett og ukedager for iverksettelse av tvangsmidler. Anvendelsen av tvangsmidler ble benyttet like mye eller like lite om det var søndag eller mandag, om klokka var 08 eller 23. Det er altså ikke slik at pasienter blir fortere lagt i belter en lørdagskveld med flere "ukjente ekstravakter".

Forklaringen vil jeg anta må være at den "rådende kultur" om hvordan en samhandler med pasienter stort sett er uavhengig av ekstravakter. Det er det faste personalet som legger premissene for arbeidet. Det sentrale for samhandlingen og kunnskapsnivået vil langt på vei være gruppens samlede kompetanse.

Det er verdt å merke seg sengeposten Sør 4. Her har samtlige sykepleiere og hjelpepleiere videreutdanning i psykiatri. To av sykepleierne har i tillegg veilederutdanning. De bruker noe belter, men betydelig mindre enn Åsgård og har lavest forbruk av medikamenter. Ved Åsgård er det A 2 som har det høyeste forbruk av tvangsmidler. De hadde frem til midten av mai brukt i underkant av kr 150.000 mer av 08-posten i budsjettet (ekstravakter) enn A 1. De har brukt mer enn kr. 200.000 på ekstravakter enn det som på årsbasis er planlagt å bruke ved Sør 4.

Tallene trekkes frem her fordi de sier noe om gruppesammensetningen. Når det gjelder den enkelte fast tilsatte personalmedlem finner vi forskjell mellom sykehusene, men ikke dramatisk. Det synes som at forskjellen blir større ved å se nærmere på de som faktisk er i sengeposten, både når det gjelder antall personer og deres kvalifikasjoner. Gruppens samlede formelle kompetanse blir da mer uklar og vanskelig å få fatt i.

Jeg antar at ulikheten i utdanning i personalgruppen kan være av betydning i å forklare variasjonen i anvendelsen av tvang.

7.3. Stabilitet og arbeidslivserfaring.

Vi skilte individets og gruppens kompetanse i formell og reell. I forhold til stabilitet og arbeidslivserfaring er det den reelle komponenten av kompetansebegrepet som er i fokus. Kan

det forventes at personalet ved sengepostene befinner seg på ulike stadier⁴⁶, i henhold til Dreyfus & Dreyfus?

Ved NPS er det et klart mindretall av personalgruppen som har arbeidslivserfaring som er kortere enn 4 år. Ved samtlige sengeposter har hovedtyngden av de ansatte arbeidet i mer enn 8 år, enten i institusjonen eller i sengeposten. Både Nord 4 og Salten A hadde ved forespørselen omkring 3 ledige sykepleiestillinger hver, slik at det er også her er behov for rekrutteringstiltak i forhold til ulike yrkesgrupper i perioder.

Ved Åsgård er situasjonen helt forskjellig, kun et fåtall har arbeidet i bortimot 8 år ved sengepostene. Ved A 1 er det 2 hjelpepleiere som har vært ansatt i omkring 10 år og sykepleieren som har vært ansatt lengst begynte våren 1990. Personellsituasjonen oppleves å ha stabilisert seg fra høsten 1991. Dette gjelder både blant pleiepersonell og overleger. I 1991 hadde de 3-4 overleger, 1992 hadde de 3 overleger, men den siste begynte høsten 1992 og er fortsatt i stillingen. Ved A 2 er det 2 hjelpepleiere som har vært ansatt i omkring 8 år og sykepleieren med lengst erfaring har 6 års ansienitet. Personalet som arbeider om natten er langt mer stabile ved begge sykehusene.

7.4. Personalets vei fra novise til ekspert:

Variasjonen i stabilitet og arbeidslivserfaring må tillegges vekt i forhold til anvendelsen av tvangsmiddelbruk. Et poeng hos Dreyfus & Dreyfus er novisens behov for regler og manglende evne til å forstå konteksten.

Følgende situasjonen som jeg har fått beskrevet, kan være et eksempel. En pasient sitter og ser en fotballkamp på fjernsynet. Pasienten er urolig og det er satt opp regler for hvor lenge han kan oppholde seg de ulike steder. Tiden for å sitte og se på fjernsyn er over og pasienten blir bedt om å forlate dagligstua. Pasienten protesterer og det hele avsluttes i belter - uten at pasienten får se avslutningen av fotballkampen.

⁴⁶De samme forbehold om data gjelder her som ved andel av personalgruppen med teoretisk utdanning.

Også i behandlingen av psykisk syke må det være rom for å utøve skjønn. Man trenger ikke være gal, for å bli sint og provosert i møtet med denne type regelorientering. I dagliglivet møter vi alle denne type arbeidstakere. Noen er smidige og legger forholdene tilrette, mens andre er regelorienterte.

En av informantene med både lang teoretisk og praktisk erfaring, skisserte følgende situasjon, fra Åsgård. De hadde en pasient som tilbragte svært mye tid i belter og hvor en del av opplegget for pasienten bestod i å ha klare grenser. Blant annet var det bestemt at han hver kveld skulle være i seng klokka 23. Pasienten havnet i belter hver kveld, nærmest unntatt på vedkommendes vakter. Informanten forklarte at dette skyldtes forskjellen i tilnærmingen til pasienten. Vanligvis gikk personalet til pasienten klokka 22.55 og gav beskjed om at han skulle være i seng om fem minutter. Informanten begynte derimot å forberede pasienten på at natten nærmet seg i god tid, ved å roe ned, trekke for gardiner, tilby kveldsmat, osv. Prosedyrene begynte over en time i forveien. På denne måten var pasienten uten unntak i seng klokka 23 - uten bruk av tvangsmidler. Er dette et tilfeldig eksempel - eller skyldes det kunnskaper og erfaring?

Ulikheten i erfaringsbakgrunn gir seg også utslag i alderssammensetningen, som gav seg følgende uttrykk: I et rapportmøte omtales en pasient og informanten som selv er født i 1959 kommenterer at pasienten er født samme år. Et samstemmig kor utbryter: "*Å nei, hun er ikke så gammel !*"

I følge informanter er alder av betydning i møtet med mennesker i krise. Man kan nok være "ung og dynamisk", men livets lærdom mangler. De fleste mennesker vil oppleve en eller annen form for livskrise og til eldre man er til større sjanse er det for å ha opplevd litt.

Hvis vi ser på anvendelse av tvangsmidler og sammenholder med personalets erfaringer, kan det påpekes en sammenheng. Den sengeposten(Salten A) hvor færrest pasienter opplevde tvangsmiddelbruk, hadde en avdelingssykepleier med en usedvanlig lang erfaring fra akuttavdeling, nærmere 30 år.

Forskjellen i alderssammensetning er sannsynligvis til stede ved sammenligningen av de to

sykehus. En må anta at arbeidslivserfaring og ansienitet henger sammen med alder, men dette er ikke undersøkt.

Personalet ved NPS er opptatt av viktigheten av å kjenne pasienter og medarbeidere. Å kjenne eller å ha erfart konteksten viser på den ene siden tilbake til Dreyfus & Dreyfus. Løchen(1984) viser en annen side av det å kjenne. Han er opptatt av betydningen av personlig - upersonlig kontakt med pasientene. Ved å være nær pasienten blir han tydeligere som person og mer lik en selv. Distanse til pasienten gjør det lettere å opprettholde kontrollfunksjonen, nettopp fordi en ser pasienten som gal og forskjellig fra en selv.

Informanter ved NPS hevdet at noen gjengangere eller "svingdørs-pasienter" er likedan hele tiden. Galskapen arter seg likedan hver gang pasienten er i sykehuset. Etterhvert blir personalet dyktigere i å møte pasienten og få snudd det negative til det positive.

Det er i all hovedsak de "faste kundene" eller de som har vært innlagt flere ganger som har en tendens til å havne i belter. I følge personalet på N 4 er de:

livredd personalet og knuser inventar for å framprovosere atferd. Dels fordi de vet de havner der uansett. Gjengangerne tror de blir lagt i belter for de og de tingene.

Belter blir da vanskelig å unngå for personalet. Nedgangen i beltebruken ved sengeposten skyldes, i følge dem selv at de er blitt flinkere til å takle situasjoner som kan medføre vold.

Har dette sammenheng med reduksjonen i antall senger og at pasientene er så kort tid i institusjonen? Dersom det er slik at pasienten er redd personalet må det bety at vedkommende aldri blir kjent og trygg i sengeposten. Pasientens møte med sengeposten innebærer vold og når tvangssituasjonen er over skrives pasienten ut. Etter mitt skjønn er man da inne i en på forhold gitt sirkel, som kun kan brytes ved å forlate sirkelen.

Personalet opplever at det er lite vold mot dem. De gangene det skjer et uhell skyldes det ofte, i følge personalet ved NPS at de ikke er dyktige nok før de går inn i en situasjon. Viktigheten av å tenke gjennom en situasjon presiseres, ikke minst fordi det tar vekk angsten.

Ved å diskutere på forhånd med hverandre opplever de å ha full dekning av hverandre.

Muligens er dette et eksempel som illustrerer hvordan den samlede kompetansen i gruppa kan gi seg utslag. Evnen til å utnytte hverandre og føle seg trygg på hverandre, har betydning for anvendelsen av tvang. Dersom det enkelte personalmedlem ikke er trygg på at de andre står bak deg, forhåpentligvis ikke i bokstavelig forstand, er sjansen langt større for at bruk av tvangsmidler er nødvendig.

Ved gjennomgang av notatene oppdaget jeg at jeg hadde spurt tre menn på NPS i løpet av en samtale om de var redd på jobb. Den første som var ekstravakt svarte kort og greit:

Nei - det er alltid folk i nærheten.

Den andre som var sykepleier med "middels" erfaring svarte :

Selvfølgelig, du må jo være dum hvis du ikke er redd her av og til.

Den tredje sykepleieren med lengst erfaring svarte:

For å unngå å være redd i sengeposten er det viktig å kjenne både pasienter og personale. En stor, gal mann med mye muskler behøver ikke å være en voldelig person. Det blir derfor viktig å kjenne forhistorien. Vold er noe en tar med seg fra barndommen og oppover - den som aldri har slått vil heller ikke slå i sin galskap. På den måten kan en være forberedt på bråk slik at tiltak kan iverksettes.

På samtlige sengeposter har assistentene arbeidet i en årrekke, flere i 20 år eller mer. Jeg undres over hvorfor denne gruppen arbeidstakere er mer stabil enn andre?

Kan det ha sammenheng med at de uttrykte at de ikke var redd. Som en av dem sa:

Er sjelden redd, har aldri vært utsatt for slag av betydning (over 20 år). Tror det skyldes at kjøkkenet er et fristed - ikke medisiner og ikke rapport. Pasientene føler seg trygge der. Dessuten skal det være så mye folk at en slipper belter.

Ekblom (1970) undersøkte på slutten av 60-tallet voldsutøvelsen på psykiatriske sykehus i Sverige. Han konkluderer med at ansatte og pasienter i liten grad er utsatt for vold. I den grad det oppstår voldelige situasjoner er noen mer utsatt enn andre for å være involvert; mann, diagnose schizofreni, nylig ankommet, språkproblemer, midlertidig lite bemanning og blanding av unge aggressive pasienter og eldre, svake pasienter. Behandlingsmetodene som brukes i dag forsvarer de mer åpne avdelinger i forhold til konsekvensene for pasienter og personalet.

Ut fra dagens bemanningssituasjon ved NPS opplever personalet at det ikke er forskjell på hvem de jobber sammen med. Men det er viktig å kjenne hverandre godt, både de faste og ekstravaktene. Det er viktig å vite hvordan den enkelte reagerer, hva de vil gjøre dersom en uventa situasjon oppstår. En pasient som er truende har ofte mye angst og voldelige situasjoner kan avverges.

I tvangsmiddelprotokollen står det aldri noe om årsak til pasientens utbrudd. Man tar for gitt at personalets framstilling av pasientens atferd er det korrekte og at foranledningen til tvangsmiddelbruk er uten diskusjon.

Samtlige sengeposter arrangerer voldsmøter etter en voldelig konfrontasjon. Slik de er beskrevet går de i all hovedsak ut på at all tilgjengelig personale stiller opp i et møte med pasienten. Her fortelles han at det ikke er akseptabelt med vold og slag. Det er lov å bli sint, men ikke å slå. Utfra de informasjoner jeg fikk så det ut til at voldsmøtene fungerte likedan ved begge sykehus.

En av informantene med relativ lang erfaring fra Åsgård kommenterte disse voldsmøtene og kalte dem for ren maktdemonstrasjon fra personalets side. Alle pasienter vet at man ikke skal slå andre. Problemet for pasienten er at de i gitte situasjoner ikke kjenner eller er i stand til å reagere på andre måter. Slik at det de trenger hjelp til er å lære en annen type atferd i disse situasjonene. Men måten personalet møter pasienten på er typisk for store deler av psykiatrien. Pasienten ansees for "alvorlig sinnslidende" med realitetsbrist og hans erfaringer blir ikke vektlagt.

Det sentrale med et voldsmøte burde være at de begge både den som slår og den som ble

slått, skal få gjøre opp for seg og bearbeide egne opplevelser. De fleste pasienter er etter et slikt sammenstøt lei seg og ønsker å få gjøre opp et mellomværende. Det er ikke nok å måtte be om unnskyldning, man må også få anledning til å forklare seg. De to partene vil ofte ha en ulik virkelighetsoppfatning. Derfor er det viktig at de begge får anledning til å forklare seg med en tredjeperson tilstede.

7.5. Sammenfatning.

Kan variasjonen i anvendelsen av tvangsmidler forklares ut fra personalets kompetanse ?

I forhold til teoretisk utdanning er det forskjell mellom de to sykehusene. Ved NPS har en større andel av pleiepersonalet videreutdanning i psykiatri, enn ved Åsgård. Videre har Åsgård flere miljøterapeutstillinger, enn NPS. Forskjellen er likevel ikke dramatisk blant de fast tilsatte. Variasjonen blir tydeligere ved å se på de som faktisk er i sengeposten, altså medregnet ekstravakter. En må kunne anta at disse faktorene er av betydning. Det er ihvertfall verdt å merke seg at det sykehuset med det "best" utdannede personalet i tradisjonell forstand, altså et pleiepersonell som er utdannet til å ta hånd om syke mennesker, bruker minst tvang.

Videre er det forskjell i stabilitet og arbeidslivserfaring blant pleiepersonalet. Åsgård som har et "høyt" forbruk av tvangsmidler har et personale med gjennomgående kortere arbeidslivserfaring.

Vi har her betraktet kompetanse på to ulike nivå - individ eller gruppe, og i forhold til type formell eller reell. Erfaring fra arbeidslivet og kunnskap er viktig, men ikke alt. Kompetanse kan bestå av ytterligere en faktor som i liten grad har vært vektlagt. En av informantene beskrev følgende situasjon:

Jeg kom inn på avdelingen om morgenen. En av pasientene kom mot meg og var rasende. Fråden stod ut av munnen og han gestikulerte en del. Pasienten var sint fordi de hadde tatt fra han retten til utgang for en periode. I denne situasjonen kommer plutselig tre mannlige pleiere mot oss og nå ble pasienten redd. Han løftet knyttneven mot mennene. Heldigvis gikk det greit og situasjonen roet seg. Da jeg kom inn på vaktrommet, reiste en mannlig ekstravakt seg unnskyldende - "Du æ kom ikke ut for æ så at du ikke var redd".

Denne nye, ukjente ekstravakten hadde altså sett noe vesentlig som de tre erfarne pleierne ikke så. Informanten hadde vært i flere konfrontasjoner med pasienten og kjente hans reaksjonsmønster. Vedkommende visste at selv om han så ut til å være farlig, var situasjonen under kontroll. Farlig ble den først da de tre pleierne kom og viste "muskler". Da kunne pasienten ha blitt så provosert eller redd at han hadde gått til angrep.

Eksemplet viser at erfaring i seg selv ikke er nok, det kreves ytterligere kvalifikasjoner. Man skal også kunne forstå og tolke en situasjon. Ekstravakten manglet teoretisk kunnskap i forhold til psyksisk sykdom, men hadde til gjengjeld andre former for kompetanse som også er viktig. Nordhaug kaller dette for ferdigheter og evner.

Variasjonen i kompetansen er ikke så tydelig mellom A 1 og A 2. Likevel er det et skille i anvendelse av tvangsmidler mellom de to sengeposter, spesielt ved å se på varighet i timer pasientene tilbringer i belter. Vi må altså søke etter forklaringer også andre steder, som for eksempel i personalgruppens "indre liv". I forlengelsen vil vi derfor se nærmere på hvilken betydning normer og verdier kan ha for pasientens opphold i institusjon.

8.0. NORMER OG VERDIER I SENGEPOSTEN.

Å rette søkelyset mot hvordan formell og reell kompetanse alene fungerer i en sengepost vil gi et snevert bilde. For eksempel beskriver Hellesnes(1975) to ulike former for forståelsesprosesser som foregår i sekundærsosialiseringen. Tilpasning innebærer at man tar opp i seg måter å forholde seg til andre på uten å se alternativer til handling. Man lærer seg de forskjellige måtene å forholde seg på uten å se at de kan diskuteres og forandres. Dette i motsetning til den sosialisering som skjer via daning. Her problematiseres det eksisterende, det letes opp alternative handlingsmåter og det diskuteres innad i gruppen.

For å studere hvorvidt det finner sted en tilpasning eller daning eller hvordan personalgruppene fungerer som et hele, er det nødvendig å se nærmere på hvilke normer og verdier som eksisterer og er retningsgivende for de handlinger som utøves.

I en organisasjon vil det utvikles ulike subkulturer(kap 1). Kunnskaper, verdier og normer setter rammer for hva som kan foregå av samhandling og hvordan samhandlingsmønstrene blir utformet. En vanlig observasjon er at det oppstår variasjon i både forståelsen og evnen til å bruke samhandlingsmønstrene (Martinussen,1984).

Verdier og normer vil gi seg uttrykk i holdninger som vil føre til bestemte handlinger. I overgangen fra normer og verdier til handling er det sannsynlig at en vil finne forklaringer på hvorfor det er variasjonen i anvendelsen av tvangsmidler.

Det utvikles ulike kulturer i de ulike grupper. Psykiatrien er spesiell i og med at den som Aubert (kap 6) har påpekt står i grensefeltet mellom det å behandle pasienten og beskytte samfunnet. Hos Løchen (1984:50) kommer dette til uttrykk i overskriften "*Psykiateren: Lege,*

Vokter, Terapeut ?" Løchen⁴⁷ beskriver hvordan psykiateren må orientere seg etter normer han ikke er villig til å identifisere seg med. Å være vokter er intet ideal, men likefullt en del av hverdagen for de psykiatriske sykehus. Andelen av pasienter som er tvangsinnlagt viser til voktersiden, som i liten grad verbaliseres.

Jeg tenker meg at behandlingsideologien⁴⁸ eller de psykiatriske teorier må fungere som et grunnlag for de praktiske handlinger som utøves i forholdet til pasientene. Forholdet til tvang eller voktersiden må vel derfor komme til uttrykk her.

I følge K.E. Tranøy (1988:13) kan ideologi defineres som en

samlebetegnelse for normer, verdier og argumenter som tjener til å styre og legitimere handling eller virksomhet. Ordet brukes i våre dager også i betydningen falsk bevissthet eller falsk ideologi. Da impliserer "ideologi" en manglende oppriktighet eller holdbarhet i den begrunnelse man gir for handlingsvalg. Men hvis vi må forutsette at handlinger ikke kan styres eller legitimeres uten henvisning til normer og verdier, da er det praktisk å bruke "ideologi" også om normer og verdier som man godtar i full oppriktighet.

Tranøy hevder at ideologien vil styre virksomheten og være drivkraft for de handlinger som inngår i virksomheten. Når man påviser at ideologien inneholder normer eller verdier som tillater eller påbyr handlinger som inngår i virksomheten, vil ideologien være rettfærdiggjørende eller legitimerende.

At jeg tar utgangspunkt i behandlingsideologien skyldes at vi til vanlig ser for oss normer og verdier som i et hierarki, der noen er viktigere enn andre. Behandlingsideologien skulle en anta var selv basisen for spørsmålet om hvorvidt det anvendes tvangsmidler.

⁴⁷Stanton & Schwartz (1954) og Goffman(1985) beskriver det samme fenomenet.

⁴⁸Behandlingsideologi eller psykiatrisk teori er her satt opp som om det er det samme. I og for seg er ideologi(som blir definert) noe annet enn teori. Teori skal være generell, systematisk kunnskap om et bestemt utsnitt av virkeligheten(Martinussen,1984:16). Likevel er det slik at teorien noen ganger kan ha samme funksjon som en ideologi. Et eksempel her kan være bruk av lobotomi.

8.1. Psykiatrisk teori og forholdet til anvendelse av tvang.

Psykiatrisk teori inndeles på ulike måter⁴⁹. Jeg velger her å ta utgangspunkt i Haugsgjerd (1990) fordi han nylig har utgitt lærebøker og det antas at han gir et representativt bilde av psykiatrien.

Haugsgjerd tar utgangspunkt i den deskriptive psykiatri, som er å sammenligne med Bergs (1987) reduksjonistiske modell. For 90 år siden skapte Freud en behandlingsmåte og en teori som står i motsetning til denne sykdomsoppfatning. Den psykodynamiske tankerammen skiller seg i følge Haugsgjerd fra den deskriptive på en rekke punkter. I følge Bergs inndeling blir denne retningen i hovedsak den psykologiske, med litt sosiologi. Den tredje retningen er den behavioristiske, som har fått relativt lite grobunn i Norge. Haugsgjerd ser forskjellene mellom disse tre retningene så grunnleggende at han snakker om tre ulike vitenskapelige paradigmer.

Jeg vil i det følgende se nærmere på de ulike retningenes forhold til tvang. Er det slik at innenfor den ene retningen anvendes det ikke tvangsmidler av hverken mekanisk eller farmakologisk art?

Den deskriptive psykiatri baserer seg i all hovedsak på tradisjonell medisinsk tankegang. Den tar utgangspunkt i at sinnslidelsen skyldes en feil i organismen. Medikamenter, elektrosjokk

⁴⁹Ved gjennomgang av litteratur og i diskusjoner med andre kan Haugsgjerd (1990) inndeling synes relevant. O.Berg(1987:94) inndelinger nevnes her fordi han refererer til de tre "vanligste modellene", jamfør blant annet Kringlen (1985). I følge Berg kan vi sonde mellom tre psykiatriske hovedmodeller. Hans utgangspunkt er at menneskets personlighet utvikles gradvis. Årsaken til sinnslidelsen er et spørsmål om hvordan personligheten er blitt til eller *hvordan en hjerne er blitt (feil)programmert*. Svaret på dette spørsmålet vil danne utgangspunkt for de terapeutiske vurderinger. "Omprogrammeringen" skjer hovedsaklig via tre modeller. I den reduksjonistiske modell er personligheten programmert gjennom prosesser på det biologiske nivå eller det biokjemiske og biofysiske. Inngrep vil være somatiske, via operasjoner, elektrosjokk eller medisiner. Det er kun spesialiserte fagfolk som innehar den nødvendige kompetanse. I den sosiologiske modell er personligheten programmert gjennom prosesser på et høyere nivå enn den selv - det sosiale nivå. Den gir forklaringer ovenfra eller utenfra, organisering, terapi og forebygging blir det samme. I den psykologiske modell er personligheten selvprogramerbar, den gir forklaringer eller behandlingsforslag innenfra. Den er i hovedsak privat med eksempel fra Freuds psykoanalytiske lære.

og operasjoner er de hjelpemidler som kan rette opp de "biologiske skjevheter". Som Berg påpeker innenfor den reduksjonistiske model er det kun spesialiserte fagfolk som innehar den nødvendige kompetansen. Pasienten forstår ikke alltid sitt eget beste og bruk av tvang blir derfor nødvendig. Medikamenter er det mest aktuelle behandlingstilbudet.

Den psykodynamiske psykiatri er noe mer uklar i sine signaler i forhold til anvendelse av tvang. Retningen er opptatt av samhandling med pasienten og vil blant annet tilby han psykoterapi. De vil ikke bruke medikamenter som ledd i behandling, men heller benytte medikamenter som et tiltak for å *lette* eller *muliggjøre* behandling (Haugsgjerd,1990:384).

Det er ingen tvil om at det oppstår en hel del situasjoner hvor tvangsinnleggelse og iblant tvangsbehandling er nødvendig(s.386).

For pasienten vil jeg anta at det er opplevelsen av å bli utsatt for tvang som er det vesentlige. Hvorvidt begrunnelsen er behandling eller et tiltak for å muliggjøre behandling, skulle derfor være uinteressant for alle andre enn de som utfører handlingen.

Den behavioristiske retningen vil sannsynligvis i mindre grad benytte seg av medikamenter. Mens en derimot må anta at belter vil ha en større plass. Et sentralt punkt i denne retningen er straff og belønning. Retningen er lite representert i psykiatrien, men finnes innenfor HVPU. Både "Gro" saken fra slutten av 70-tallet og "Sol" saken på slutten av 80-tallet skulle være dramatiske representanter for retningen.

Muligens kan holdningen til spørsmålet om anvendelse av tvang forklares i det synet som kommer tilsyne når Haugsgjerd (1990:19) forholder seg til moderne biologisk forskning.

Jeg ser på den moderne nevrobiologien som et grunn-forskningsområde som hører hjemme i psykiatrien og samtidig bygger en bro til de biologiske fag. Viten fra dette feltet kan og må integreres med den kliniske - altså den pasient-og behandlingsrettede psykiatri. Det er mulig å integrere denne viten både med deskriptiv, psykodynamisk og behavioristisk psykiatri (s.19).

Svaret må utfra det jeg har forstått bli at alle tre retningen aksepterer bruk av tvang, på den ene eller andre måten. For pasienten vil konsekvensen være den samme, men den ideologiske

begrunnelsen for handlingen er forskjellig - altså det som legitimerer handlingen⁵⁰. På bakgrunn av litteraturen ser det for meg ikke ut til å bety noe særlig for anvendelsen av tvang, hvorvidt man baserer seg på den ene psykiatriske teorien eller den andre.

Mitt materiale er for lite til å si noe om det er slik i den "praktiske virkeligheten" også. Jeg kan ikke utelukke at en ved en nærmere studie av de ulike sengepostene kunne finne ulike tilnærminger til pasientene.

8.2. Sengepostenes forhold til ideologiene.

I møtet med samtlige sengeposter ser miljøet tilsynelatende likt ut⁵¹. Miljøet er forsøkt gjort "hjemmekoselig" med blant annet duker og grønne planter. Ved NPS kokte pasientene kaffe til seg selv, ved Åsgård kom kaffen på en tralle på et bestemt klokkeslett.

I tilstrebingen på å utviske grensene mellom de ulike profesjoner og mellom ansatte og pasienter er alle i dagligklær. Uniformene ble fjernet for noen år siden slik at de ytre, synlige forskjeller på det å være pasient, pleiepersonell eller lege skulle være likt.

En informant fra Åsgård fortalte at pasientene bestandig henvendte seg til henne med navn, selv om det var mange tilstede. Hun antok at det skyldtes at hun brukte navneskilt og ikke at pasientene egentlig foretrakk henne. Der forstår jeg pasientene, selv opplever jeg det forvirrende å ikke vite om jeg snakker med en pasient eller ansatt. Nøkkelnippet er det eneste synlige tegnet på hvem du er. De fleste ansatte ved begge sykehus velger "heldigvis" å bære symbolet synlig.

Jeg spurte noen tilfeldige informanter på de ulike sengeposter om de arbeidet utfra spesielle

⁵⁰J. Tranøy(1993:37) trekker i sin bok samme konklusjon. "Dagens dynamiske psykiatri er en syntese av en psykodynamisk og en medisinsk modell. Denne syntesen godtar og legitimerer bruken av den sterke medikamentgruppen neuroleptika..."

⁵¹En svakhet er at jeg ikke har hatt anledning til å intervjuer behandlerne; leger og psykologer. Sannsynligvis har de et annet forhold til behandlingsideologiene enn pleiepersonalet. Det er forventet at disse fagpersonene ville ha presentert et ideologisk ståsted. Med de tids- og ressursrammene jeg har til disposisjon ville jeg ikke hatt anledning til å undersøke om det var "pene ord" eller et reelt arbeidsredskap.

behandlingsideologier og fikk følgende reaksjon:

Å snakke om ideologi her er latterlig og oppleves nærmest provoserende. Vi som skifter overleger i ett sett.

Utsagnet kommer fra en informant ved Åsgård. I fortsettelsen spurte jeg heller hvilke retningslinjer de arbeidet etter. Svaret gikk i stort sett to retninger. 1. Behandlingen var avhengig av overlegen. 2. Behandlingen skulle tilpasses den enkelte pasient, individorientert.

Utgangspunktet for behandlingen av pasientene ved NPS er miljøterapi. Det ble også her presisert at man tilpasset opplegget etter overlegen og den enkelte pasient.

Jeg undret meg over at man ved spørsmål om ideologi henviser til overlegen. Det kan ha en sammenheng med Caudills påvisning av sammenhengen mellom verbal aktivitet og status. Legene med lavest status var også de taueste. Men selv den taueste legen snakket mer enn ethvert annet personalmedlem. Caudill observerte at selv den mest passive og tilbaketrukne legen snakket mer enn lederen for pleierne, til tross for at denne avdelingssykepleieren var en sterk og utadvendt person. En uskreven lov tillot ikke at personer med lavere status snakket mer enn personer med høyere. Muligens er det fortsatt slik?

Dersom det medfører riktighet at behandlingsideologien varierer i takt med overlegen, må vi spesielt med tanke på pasientene ved A1, håpe at de ulike overleger var tilnærmet lik i sin tilnærming til pasientene. Et annet spørsmål er om en personalgruppe kan være så fleksibel i sin tilnærming til pasientene at de varierer denne i takt med overlegen? Eller er det slik at overlegen formidler den offisielle ideologi, mens det eksisterer en annen og skjult ideologi på postplan? Innenfor rammen av mitt arbeid har det ikke vært mulig å undersøke disse forhold.

Med utgangspunkt i mitt materiale kan en ikke peke ut en særskilt ideologi ved de ulike sengeposter. Tvertimot er behandlingsideologien, temmelig lik fra den ene sengeposten til den andre. Den praktiske hverdagen ser ut til å fungere som en sammenblanding av de ulike psykiatriske retningene, heller enn som representant for en retning. Dette er ikke særegent for

psykiatrien, men gjelder de fleste av dagliglivets områder.

8.3. Ulike normer, verdier og forventninger.

Sengeposten eller det psykiatriske sykehuset kan sees på som egne små samfunn i storsamfunnet. Blant annet Caudill (1958) gir en spennende beskrivelse av det lille samfunnet og hvordan de ulike hendelser gir seg utslag. Han viser blant annet hvordan uklarheter blant personalet forplanter seg til pasientene og skaper uro. For å finne fram til disse mekanismene har Caudill et langvarig feltarbeid som strekker seg over flere år. Han har intervjuet store deler av personalet og pasienter. Egne data blir overfladiske ved sammenligning med Caudills og andres, men deres undersøkelser gir en pekepinn på hvilke spor en kan forfølge.

Informanter på A 2 fortalte at det hadde vært stor uro høsten 89. Store andeler av personalet hadde sluttet og resten hadde på det nærmeste vært sykmeldt. Selv opplevde de (eller de hadde fått det fortalt) at sengeposten på det nærmeste hadde vært i oppløsning. Dersom vi sammenholder disse opplysningene med anvendelse av tvangsmidler, ser vi et klart sammenfall. Høsten 89 ligger tilsammen 17 personer i belte i tilsammen 738 timer. Pasientene tilbringer altså denne høsten mer tid i belter enn pasientene på akuttavdelingen ved NPS eller A 1 over tre år.

Selv om Caudill ikke beskriver en institusjon som har et høyt forbruk av tvangsmidler, er det verdt å merke seg hans påvisning av hvordan uro eller uklare signaler i personalgruppa overføres til pasientene. Man kan med stor sannsynlighet anta at det må være et sammenfall her i anvendelse av tvangsmidler overfor pasientene. Det er i hvert fall lite trolig at pasientsammensetningen skulle være så spesiell akkurat den høsten det var uro i personalgruppen.

En informant ved Åsgård har beskrevet en situasjon som viser hvordan personalet i en og samme situasjon kan reagere ulikt.

Jeg kom på nattevakt og fikk rapport om en dame som var svært urolig. Hun lå i belter og var tvangsmedisinert. Hun var sterkt i mot bruk av legemidler og fem mann måtte holde henne mens sprøyta ble satt. Jeg gikk inn til pasienten og snakket med henne. Jeg fjernet beltene. Pasienten fikk ikke sove og det var foreslått ytterligere medisinering. Pasienten beskrev at hun var sliten og nok ville få sove, hvis hun bare fikk et glass varm melk med honning. Da jeg kom ut i sengeposten og forklarte situasjonen til personalet, kom det en samlet reaksjon. Ikke tale om at damen skulle få varm melk med honning - det fikk være måte på servise. Personalet hadde ikke anledning til å yte den slags servise til pasientene om natten. Fikk hun det i kveld, skulle hun ha det hver kveld. Fikk hun det, skulle alle de andre pasientene ha det.

Informanten var ikke i tvil om hva som skulle gjøres. Pasienten fikk sin melk og sovnet, hun sov rolig hele natten. Hun klarte seg uten både tvangsmedisinering og belter.

Varm melk alene er ikke tilstrekkelig til å lindre en psykisk lidelse. Dersom en hadde observert informanten i sitt møte med pasienten, er det sannsynlig at det skjedde mer i samhandlingen mellom de to - enn en kopp melk. Informanten hevdet at dersom hun ikke hadde vært tilstede ville pasienten vært utsatt for ytterlige tvangsmiddelbruk.

Mitt inntrykk fra sengepostene er at personalet har et grunnleggende ønske om å gi individuell pleie og behandling til pasientene. Det ansees som en verdi og er formidlet gjennom grunnutdanningen til helsearbeidere. Pasientene skal ytes en helhetlig omsorg og behandling som omfatter de fysiske, psykiske, sosial og åndelige behov.

Parallelt med denne verdien eller normen, lever en annen. Repstad(1983:108) skriver om "Normen om likebehandling av klienter". I de fleste institusjoner vil du finne denne normen både hos klienter og personalet. Det skal være en rettferdig fordeling av oppmerksomhet. Han beskriver "de snille og de slemme" klientene og hvordan personalet "stereotyperer", danner seg forenklete bilder av klientene. Personalets syn kan skyldes travelhet, ressursmangel og upersonlige kontaktformer. Repstad referer til Axelsens (1976) funn om at den upersonlige tonen er personalets måte å slippe å ta inn over seg klientens angst og lidelse. De samme forhold fant Løchen (1984:117), som også viser at pleiepersonalet ikke kan omsette idealene i praksis uten store anstrengelser. Det er vanskelig å være nær og personlig med pasientene, samtidig som en skal iverksette kontrollerende tiltak og være systemets bødler.

"Normen om likebehandling" kan altså slå ut så sterkt at man i stedet for å servere en kopp varm melk, aktiviserer ytterligere fire av personalet til å holde mens en tvangsmediserer.

En side av saken er selvfølgelig det etiske - hvordan man møter et menneske. Men det er viktig å legge merke til hvordan en forklarer situasjonen, diagnosen en setter på damen. Hun er oppløst og uten kontroll, derfor trenger hun medikamenter for å roe seg. Eller det kan forklares fysiologisk - kroppen trenger ro og hvile, og det oppnås best ved å sørge for at hun ligger til sengs - i belter.

Hovedtesen Løchen (1984:213) går ut fra når han beskriver den diagnostiske kultur er at det psykiatriske sykehuset trenger en mekanisme som kan dempe virkningene av kollisjonen mellom idealer og roller, ideologi og samspill. Den diagnostiske kultur oppstår i samspillet mellom system og samfunn og hjelper sykehuset til å tilpasse seg de vidtgående og sammensatte krav som strømmer mot det.

Eksemplet viser en situasjon hvor flere verdier møtes. Møte med pasienten vil avhenge av hvilken verdi, norm eller ideologi som vektlegges mest i øyeblikket. Handlingen som velges vil antagelig avhenge av en rekke sammenfallende omstendigheter.

Det kan se ut som min informant fra Åsgård tolker situasjonen ulikt fra hovedparten av pleiepersonalet. En antagelse er at det kan se ut som informantens møte med pasienten mer er i samsvar med det som skjer ved NPS?

Et annet eksempel fra Åsgård er pasienten som har ligget i mange døgn i belter. Informanten kommer på vakt og vurderer pasienten til å være i en slik tilstand at han ikke behøver belter. Hun blir sittende ved sengen og synger for å få pasienten til å slappe av og sove. Etter en stund sovner pasienten, og sover rolig hele natten.

Tilsynelatende en uproblematisk situasjon. Pasienten hadde det bra og sovnet uten både belter og medisiner. Men det øvrige personalet reagerte på handlingen. De hevdet at informanten opptrådte som "Den gode mor" og lite profesjonelt. Hun behandlet pasienten som et barn og var nærmest paternalistisk i sin tilnærming.

Det ansees som en dårlig egenskap å opptre paternalistisk overfor pasienten. Legen/helsevesenet som patriark og den som vet pasientens beste er velkjent og fryktet. Men i frykt for å opptre paternalistisk vil en da kunne risikere å ikke legge merke til pasientens ønsker og behov - og forholde seg til det. Pasienten sovnet rolig - og det gjør pasienten bare når han har det tilfredsstillende.

8.4. Personalets holdning og motivasjon.

Holdning og motivasjon er viktige faktorer for å få en arbeidsorganisasjon til å fungere tilfredsstillende. Et hovedinntrykk fra NPS er velstelthet, ro og verdighet. Muligens er dette farget av at mitt første besøk til institusjonen foregikk om sommeren i strålende solskinn. Bygningene tok seg godt ut med fine parkanlegg og vakre blomster.

Jeg hadde følgende opplevelse en dag utenfor hovedinngangen ved NPS. En dame kommer ut og er tydeligvis på vei hjem. På trappa blir hun stående og kommer med et utbrudd tildels henvendt til meg, tildels ut i luften:

Mannfolk, det er bare mannfolk som ikke klarer å tørke av seg på beina.

På trappa lå det en jordklump. Jeg må for egen del tilkjenne at jeg muligens hadde sett den, men i hvert fall ikke tenkt på å ta den bort. Men damen satte fra seg væska, gikk inn og hentet feiebrett og kost, fjernet jordklumpen og ryddet bort noe skrot som lå i søppelbeholderen. Så forlot hun stedet.

Dersom dette er regelen og ikke unntaket, er det ikke rart at det ser velstelt ut. Det sier oss også noe om holdning til en arbeidsplass.

Jeg har vært utenfor eller i nærheten av Åsgård sykehus atskillig oftere, men har ikke registrert en tilsvarende episode. Tvertimot er nettopp inngangspartiet ved Åsgård sykehus et usedvanlig trist syn. Utsiden er preget av en parkeringsplass med buss stopp rett utenfor hovedinngangen.

Ro og verdighet er på ingen måte de assosiasjoner som kommer til en ved ankomst Åsgård. Asylet som fristed bærer heller preg av vantrivsel og kjedsomhet. Folk sitter og glaner tomt ut av luften i en sittegruppe ved inngangspartiet.

Holdning og motivasjon til arbeidet kommer som regel til uttrykk i stabiliteten blant personalet, som er vist i kap 7. Korttidssykemeldinger er en annen variabel som ofte brukes for å kunne gi et inntrykk av forholdene på en arbeidsplass. Når det gjelder bruk av sykevikar ser forholdene tilnærmet like ut ved de to sykehusene⁵².

8.5. Pasientens møte med psykiatrien.

Jeg hadde følgende opplevelse på en sengepost ved NPS en formiddag. En eldre, mannlig pasient satt og gestikulerte og fortalte en historie. Han kom bort i meg et par ganger mens han snakket. Plutselig avbryter han og byr meg på en sigarett. Jeg kunne få en fordi jeg ikke var typen som skvatt unna.

Du skjønner det at du er ikke sånn som mange andre, de skvetter til bare en kommer bort i dem.

Han viste med kroppen hvordan personalet kunne hoppe unna. Jeg var blitt utprøvet for å se om jeg var redd for de "gale". Denne opplevelsen tyder på at pasienten har erfart at de fleste er redde. At personalet er redd i spesielle situasjoner, er lett å forestille seg. Men at denne redselen også kommer til uttrykk i dagligdagse situasjoner, slik at man blir skvetten, er langt mer betenkelig.

Jeg kom til sengeposten (NPS) om morgenen og hele personalgruppen var i møte. En del folk satt samlet på dagligstua. Jeg ble invitert inn og etterhvert forstod jeg at assistenten var alene "ute". Vedkommende fortalte en del om sengeposten og konversasjonen "fløt" normalt mellom de ulike tilstedeværende personer. Da møtet var over og personalet kom ut "flørte"

⁵²I henhold til budsjettet for 1993 over planlagte utgifter til sykevikar er det ved NPS satt av tilsammen kr.600.000, kr. 200.000 til hver sengepost. Ved Åsgård er det satt av kr. 540.000 og frem til 19.5.93 er tilnærmet 70% brukt.

galskapen på en helt annen måte. Jeg var ikke lenger i tvil om hvem som var pasient og hvem som tilhørte personalet.

Disse opplevelsene får meg til å forstå utsagnet fra en av informantene på Sør 4:

Ingen blir så gal at de ikke kan snakkes med eller at de forstår.

Dersom en forholder seg til at pasienten har en alvorlig sinnslidelse med realitetsbrist vil en ikke være i stand til å få fatt i pasientens psykotiske verden. Muligens kan det være en ulikhet her mellom NPS og Åsgård - hvordan de forholder seg og møter den gale?

8.6. Sammenfatning.

Kan variasjonen i anvendelsen av tvangsmidler forklares med ulike normer og verdier i sengeposten ?

Innenfor psykiatrisk teori er det ingen retninger som i klartekst sier nei til anvendelse av tvangsmidler. Begrunnelsen for bruk av tvangsmidler er derimot ulik.

I praksis ser det ikke ut til å finnes en klar behandlingssideologi. Det ser mer ut til at teoriene er flettet sammen. Iallefall later det til å være ganske likt på overflaten. Miljøterapi danner grunnlag for oppbyggingen av sengepostene.

Man må med stor sannsynlighet anta at det utvikles ulike normer og verdier på sengepostene. Ikke minst kommer dette til uttrykk når samtlige informanter opplever at det ved deres sengepost brukes lite tvang. Det normale er det vi opplever. Avvik blir det først når du ser det i forhold til noe annet. En informant på A 1 hadde opplevd å bli tilkalt pr. alarm til A 2 for å hjelpe til med å legge en pasient i belter. Informanten opplevde situasjonen så absurd at vedkommende forlot sengeposten med beskjed om at dersom pasienten skulle legges i belte fikk de klare seg selv.

Det kan se ut til at det utvikles ulik praksis. Eksemplene der pasienten var i fare for å bli

utsatt for tvang, er hentet fra Åsgård. At jeg har fått beskrevet disse erfaringene fra Åsgård er et uttrykk for mitt forhold til noen av informantene som jeg kjent gjennom mange år. En "tilfeldig" hovedfagsstudent hadde neppe fått fatt i denne informasjonen uten et langvarig feltarbeid.

Eksemplene kan være viktige bidrag i forståelsen av hvorfor det blir variasjon i anvendelsen av tvangsmidler.

De aller fleste pasienter som utsettes for tvangsmiddelbruk er tvunget til å oppholde seg i institusjonen. I henhold til "Lov om psykisk helsevern" skal lempeligere midler forsøkes før pasienten utsettes for bruk av belter, isolat eller legemidler.

Det er variasjon i anvendelsen av tvangsmidler mellom de ulike akuttavdelingene og sykehusene. "Ryktebørsen" blant flere fagfolk viste seg å være korrekt på dette punktet. Men antagelsen om at variasjonen skyldes et ulikt forhold til medisinerings, viste seg å være feil. Det totale forbruk av legemidler i en to-års periode er forbløffende likt. Med unntak av at forholdet til tvangsmedisinering og tvangsbehandling er omvendt ved de to institusjoner.

Hvorfor er det variasjon i anvendelsen av tvangsmidler? Med basis i NOU 1988:8 og eget kjennskap til helsevesenet ble tre forhold ved institusjonene fokusert.

Et særpreg ved funnene er at det på ingen punkter er et dramatisk skille mellom de to sykehusene. Tvertimot er det mange likhetstrekk. Likevel er det en del mindre variasjoner som tilsammen kan oppfattes å peke i samme retning.

De ytre rammebetingelser: Til tross for at begge sykehus har 30 senger til disposisjon for pasienter som innlegges akutt, er den totale kapasiteten ved de to sykehus forskjellig. NPS som har det laveste forbruk av tvangsmidler, har flere senger totalt og tilsynelatende større fleksibilitet i valg av type sengepost.

NPS har en tradisjonell bemanning på sengepostene. Videre har de enheter på 10 pasienter som er tilknyttet et begrenset antall kommuner.

Åsgård har en annen fordeling av personell, med omkring 20% av stillingene på pleiesiden

bestående av miljøterapeuter. Det er flere personer som er tilknyttet enheten enn ved NPS. Forbruket av ekstravakter er betydelig høyere. Sengepostene er større, hver enhet tar imot 15 pasienter.

Kompetanse hos personalet: Ved de to sykehus er det variasjon i utdanning og stabilitet i personalgruppen.

Ved NPS har hovedtyngden av pleiepersonalet videreutdanning i psykiatri. Flertallet har arbeidet i mer enn 8 år ved institusjonen. Ved Åsgård har en mindre andel av personalet videreutdanning i psykiatri. Åsgård har høyere turnover av personell, unntaksvis har den fast tilsatte vært i sengeenheten i mer enn tre år. Nattevaktene ved begge sykehus er en relativt stabil gruppe.

En må kunne anta at disse faktorer er av betydning. Det er ihvertfall verdt å merke seg at det sykehuset med det "best" utdannede personale i tradisjonell forstand, bruker minst tvang.

Normer og verdier i sengeposten: I henhold til flere norske lærebøker, kom jeg frem til at tvang i liten grad omhandles som tema. Samtlige tre hovedretninger i psykiatrisk teori aksepterer bruk av tvang, men begrunnelsen er forskjellig. Hvilket tvangsmiddel som anvendes og begrunnelsen for iverksettelsen vil variere. For pasienten som opplever bruk av tvang vil jeg anta at begrunnelsen er likegyldig.

På den enkelte sengepost ser det på overflaten ikke ut til å finnes en klar behandlingssideologi. Teoriene ser mer ut til å være flettet sammen og tilpasset den praktiske virkelighet..

Det danner seg ulike kulturer på sengeposten omkring hvordan en forholder seg til pasienten. Det dramatiske skillet går mellom vokterkulturen og behandlingsskulturen, selv om ingen vil fremvise en rendyrket form for det ene eller det andre.

Det som synes å kjennetegne sengepostene ved NPS er at de sitter inne med en form for lokal kunnskap, i forhold til den mer abstrakte kunnskap. Teoretisk kunnskap alene er neppe nok, uten at den også inneholder kvaliteter som er viktige i møte med akutt syke mennesker.

Kombinasjonen mellom teoretisk kunnskap, erfaring fra å arbeide med mennesker og kjennskap til de lokale forhold - både geografisk og personlig ser ut til å være av betydning. Ved å opparbeide disse egenskapene kan det se ut til at det er mulig å redusere anvendelsen av tvangsmidler overfor de menneskene som er i akutt krise og innlagt etter lov om psykisk helsevern.

9.1. Om metoden.

Del 1 består langt på vei i å telle opp fra de ulike protokoller og sette sammen tallene. Til tross for at jeg har vært alene om opptellingen, føler jeg meg på trygg grunn når de presenteres for leseren. Det kan nok være en time eller episode for mye eller lite, men hovedinntrykket skal likevel være korrekt. Det er variasjon i anvendelsen av tvangsmidler. Både hvilke som brukes, når de brukes og hvordan de brukes.

Jeg trekker den konklusjon at pasientene er så like at det er mulig å sammenligne bruk av tvangsmidler både mellom sengepostene og sykehusene. Muligens kan det hevdes at jeg i for liten grad vektlegger egenskaper ved pasienten når det gjelder bruk av tvangsmidler. Flere informanter hevder at egenskaper ved pasienten har betydning for anvendelsen av tvang og at galskapen arter seg forskjellig avhengig av pasientens bosted. Jeg ser at egenskaper ved pasienten kan tillegges større betydning enn jeg gjør. Mitt standpunkt opprettholdes like fullt med henvisning til variasjonen ved Åsgård mellom A 1 og A 2. Det er en betydelig variasjon i bruk av belter mellom disse to sengeposter. I følge de informasjoner jeg har om organisering, kan det ikke være pasientens egenskaper som er utslagsgivende for bruken av tvang.

I Del 2 sitter jeg igjen med mange antagelser eller nye hypoteser. De tids- og ressursrammene jeg har hatt for hovedfagsarbeidet har ført til flere begrensninger. Jeg har for eksempel kommet frem til at en forklaring i hvorfor det er variasjon i anvendelse av tvang skyldes forskjellene i personalets teoretiske utdanning/bakgrunn. Dersom jeg hadde hatt anledning til å følge opp den enkelte pasient ved å være tilstede i sengeposten kan det hende at jeg ville ha lagt merke til at bruk av tvang kun skjedde når det var spesialsykepleiere med lang erfaring tilstede.

Jeg ville ha følt meg på tryggere grunn dersom jeg hadde hatt anledning til å studere enkeltsituasjoner nærmere. For eksempel krever kapitlet om normer og verdier i sengeposten strengt tatt deltagende observasjon. I og med at jeg ikke har hatt anledning til å være tilstede over lengre tid i de ulike sengeposter eller foreta systematiske intervju er mitt materiale begrenset.

9.2. Om tema.

Konklusjonen er at bruk av tvangsmidler langt på vei er et sosialt fenomen. Det utvikler seg under særegne sosiale forhold. Som både Løchen (1976:20) og Caudill (1958:318) viser er det psykiatriske sykehus en:

meget kompleks sosial organisme med mange iboende spenninger. Løsningen av et problem henger sammen med løsningen av et annet; hva som foregår i en del av sykehuset påvirker det som kan foregå i en annen. Det dreier seg om et sosialt system...

Det interessante her er at min konklusjon langt på vei er sammenfallende med Christie(1993). I boken "Kriminalitetskontroll som industri" har han foretatt en global undersøkelse av sammenhengen mellom antall lovbrudd og bruk av fengsel. Han beskriver kampen mot kriminaliteten som en industri som ikke utsettes for råstoffmangel, og som både skaper arbeidsplasser og holder kontroll med dem som blir stående utenfor. Undersøkelsen er gjort over store deler av verden og viser at fangetallet ikke står i samsvar med antall lovbrudd. Det er kulturen rundt lovovertrederen som avgjør i hvilken grad fengsel benyttes.

Det er altså langt på vei de samme mekanismene som gjør seg gjeldende om en anvender fengsel eller bruker tvang i psykiatrien. Men bruk av fengsler har gjennom mange år vært gjenstand for offentlig diskusjon. En sengeenhet i et psykiatrisk sykehus er derimot en relativt lukket verden. Det som foregår innenfor denne enheten vil oppleves "normalt". Dette kommer til uttrykk når informanter ved samtlige sengeenheter uttrykker at de selv bruker lite tvang. For en utenforstående synes variasjonen i bruk av belter å være dramatisk. En av informantene ved Åsgård fortalte følgende opplevelse:

Personalet klager over at en pasient har fått for lite medisin. Pasienten sjenerer ingen, men kan nok provosere personalet med sin atferd. Diskusjonen omkring pasienten utvikler seg og det klages over at legene er blitt så tilbakeholdne med å medisinerer i sin helhet. I tonefallet ligger det at legene ikke gjør jobben sin. Jeg tar frem medisinkardeks og går gjennom samtlige pasienter. De fleste går på høye doser med legemidler. Det ble stille.

Eksemplet informanten gir er et bilde på hvordan holdninger til pasienter og arbeidet kan utvikles i en lukket verden. Det er av betydning at det som uttrykkes i en personalgruppe tas på alvor og undersøkes om det er korrekt. Informanten beskrev den diskusjonen som oppstod her for nyttig, fordi personalgruppen ble oppmerksom på hvor mye medisiner pasientene egentlig fikk.

Avisen "Nordlys" hadde lørdag 10.juli 1993 en flere siders reportasje fra akuttavdelingen A2. Journalisten hadde tilbragt 6 dager i sengeposten. Reportasjen gir en levende beskrivelse av livet i en akuttavdeling. Vi møter både pasienter og pleiepersonal og får del i tanker og reaksjoner omkring dagliglivet og bruken av tvang. Aggresjon og vold er langt på vei hovedinntrykket og journalisten blir en del av livet i sengeposten og aksepterer nødvendigheten av å bruke makt.

På disse 6 dagene opplever hun både bruk av belter og tvangsmedisinering. Et viktig aspekt som fremkommer i reportasjen er personalets reaksjon etter tvangsmiddelbruk. De synes det er fælt å legge pasienter i belter. Personalets opplevelser etter en voldssituasjon er ikke fokusert i dette arbeidet.

Det kan være nyttig å gå tilbake til Hellesnes(1975) sine to begrep tilpasning og daning. Så lenge livet i sengeposten er lukket, vil det primært være tilpasning som skjer. Man sammenligner enhver utvikling i forhold til seg selv.

Vi er blitt flinkere nå enn vi var før.

Sengeposten mangler målestokker for å kunne være i stand til å vurdere seg selv i forhold til andre. For at det skal være "daning", så må en se ut over det eksisterende og lete etter alternative løsninger. Sammenligningen må være i forhold til andre, slik at det er reell mulighet til forbedring.

Undersøkelsen viser at en lukket enhet uten andre målestokker enn seg selv, kan utvikle en uheldig praksis. Innsyn, kritikk og vurdering av arbeidet er viktig, skal en være i stand til å se seg selv i forhold til andre. Ved å rette et kritisk blikk mot bruken av tvang og lære av andres erfaringer, viser følgende eksempel at endring er mulig.

Holmstrøm med flere (1988) beskriver et forsøk som er gjennomført i Sverige. Artikkelen omhandler problemene med å åpne dørene på en akuttavdeling.. Låste dører og nøkkelknipper har en sentral symbolsk plass. Pasienten er lukket ute fra omverdenen og almenheten er beskyttet. Personalet kan forlate stedet, det inngir makt og trygghet. Ved klinikken hadde de to åpne enheter uten lås og en med lås. Det viste seg at aggresjonsnivået var langt høyere på den låste enheten.

Det foregikk en diskusjon både innad i personalgruppen og politisk om dørene skulle være låst eller ikke. Begrepet "trykkokereffekten" ble brukt om det som skjer når dørene låses og pasientene - hverken de frivillig eller tvangsinnlagte kan forlate sengeposten ved behov. Samtlige enheter ligger på grunnplanet. Pasienter med sterk angst eller begynnende aggressivitet kunne rømme ut gjennom vinduene. Dersom pasientene ikke ble forfulgt sprang de sjelden lengre enn 50 meter. Sakte, men sikkert kunne en så innlede en samtale og sammen gå rolig tilbake til sengeenheten.

Litteraturliste:

Abrahamsen,P og Skårdrud,F(red). Galskap på rett vei. 17 innlegg om moderne psykiatri. Oslo:Universitetsforlaget,1985.

Andenæs,K.(red). Sosialrett. Oslo: Tano, 1991.

Aubert,V. og Mathiesen,T. Forbrytelse og sykdom - utdrag av publikasjoner om rettspsykiatriens plass i den norske strafferettspleie. Oslo: Universitetsforlaget,1963.

Aubert, V. Legal justice and Mental health. Psychiatry. vol.21, 1958

Axelsen,T. Det tause sykehuset. Oslo: Universitetsforlaget, 1976.

Berg,O. Medisinens logikk - studier i medisinens sosiologi og politikk. Oslo:Universitetsforlaget, 1987.

Berger,P og Luckmann,T. Den Samfunnskapede virkelighet. Danmark: Lindhardt og Ringhof,1979.

Bjørnåvold,J. Om å styre gjennom kompetanse: Det åpne eller lukkede perspektivet. Norsk Voksenpedagogisk Forskningsinstitutt, 1993.

Caudill,W. The psychiatric hospital as a small society. USA: Harvard University press, 1958.

Christie,N. Bortenfor anstalt og ensomhet - Om landsbyer for usedvanlige mennesker. Oslo: Universitetsforlaget,1989.

Christie,N. Kriminalitetskontroll som industri - Mot Gulag, vestlig type. Oslo: Universitetsforlaget,1993.

Christie,N. Tvangsarbeid og alkoholbruk. Oslo:Universitetsforlaget, 1960.

Dalgard, O.S. Psykiatrisk behandling av lovovertridere. I Kriminalpolitikk - en debattbok om straff og behandling. Oslo:Gyldendal Norsk Forlag,1974.

Digernes, A.S. med flere. Primærsykepleie i praksis - fra ide til virkelighet. Oslo: Universitetsforlaget, 1986.

Dreyfus,H & Dreyfus,S. Mind over machine - The power og human intuition and expertise in the era of the computer. New York: Basil Blackwell,1986.

Ekblom,B. Acts of violence by patients in mental hospitals. Uppsala:Svenska Bokförlaget,1970.

Eliassen,B. A-1 ei avdeling som har framtida for seg? Noen aspekter ved behandlings og arbeidsmiljøet i ei akuttpsykiatrisk avdeling. Upublisert - Åsgård, 1990.

Elstad,J.I. En helse- og sosialarbeider? Profesjonsstrid og lagdeling i helse og sosialsektoren I Piene,H. Helsevern i knipe. Oslo: Ad Notam, 1991.

Ericson, K. Den tvetydige omsorgen. Sinnsykevesenets utvikling - et sosialpolitisk eksempel. Oslo:Universitetsforlaget,1974.

Eriksen,E.O. og Larsen,M-L. Sykehus organisasjoner - fra hierarki til verksted. Norsk statsvitenskapelig Tidsskrift, nr 4, 1991.

Eskeland,S. Den psykiatriske pasient og loven. En innføring i Lov om psykisk helsevern.Oslo:Aschehoug & Co,1983.

Foucault, M. Galskapens historie i opplysningens tidsalder. Gyldendal Norsk Forlag,1991.

Friis,S. Hva kjennetegner et terapeutisk miljø for psykotiske pasienter. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift, nr 39, 1985.

Friis,S. The ward atmosphere; a crucial dimension of inpatient settings - Measurement, clinical relevance and some influencing factors. An empirical study. Universitetet i Oslo, 1984.

Friis, S. og Wistedt, B (red). Vold i psykiatriske institusjoner. Synopsis av et symposium 1.10.1990. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift. Supplement no.25, Volume 45,1991.

Goffmann, E. Anstalt og menneske. Jørgen Paludans forlag,1976.

Goffmann, E. Stigma. Danmark: Gyldendals samfundsbibliotek,1975.

Graae,B. Innlagt på lukket afdeling - tyve kvinder fortæller. Danmark:Gyldendal,1978.

Hamran,T. Pleiekulturen - en utfordring til den teknologiske tenkemåten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1992.

Haugsgjerd,S. Lidelsens karakter i ny psykiatri. Oslo: Pax forlag, 1990.

Haugsgjerd,S. Grunnlaget for en ny psykiatri. Oslo: Pax forlag, 1990.

Hellesnes,J. Sosialisering og Teknokrati. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1975.

Hjortdal,P. Kontinuitet i almenpraksis - er det noe spesielt? Medicinsk årbog 1987. København: Munksgaard, 1987.

Holmstrøm,H med flere. Psykiatrisk tvångsvård utan lås: Illusion eller verklighet? og Psykiatrisk tvångsvård med lås: "Trykkockareffekten" en realitet. Læartidningen Vol.85 nr 17, 1988.

Høyer, G. Tvunget psykisk helsevern i Norge. ISM skriftserie nr 10 Universitetet i Tromsø, 1986.

Høyer, G og Drange, H. Bruk av tvangsmidler i norske psykiatriske institusjoner. Den Norske legeforening nr 14, 1991.

Jensen, K. og Pedersen, B. Commitment and civil rights of the mentally ill. SIND, Copenhagen, 1985.

Jensen, P.D. og Paulsen, J. Tvang i psykiatrien. Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. Jurist- og Økonomforbundets forlag, Danmark, 1991.

Kesey, K. One flew over the Cuckoos nest. New American Library, 1962.

Kringlen, E. Psykiatri, 4. utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 1982.

Larsen, M-L. og Moldenes, T. Lederopplæring i et psykiatrisk sykehus. Forut Samfunnsforskning, 1992.

Lingjærde, O. Psykofarmaka - Den medikamentelle behandling av psykiske lidelser. Oslo: Tano, 1988.

Lysnes, M. Behandlere - Voktere? Psykiatrisk sykepleies historie i Norge. Oslo: Universitetsforlaget, 1982.

Løchen, Y. Behandlingssamfunnet. Sosiologiske essays om forholdet mellom medisin og samfunn. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1971.

Løchen, Y. Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.

Martinussen, W. Sosiologisk analyse - En innføring. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.

Morgan, G. Organisasjonsbilder - Innføring i organisasjonsteori. Oslo: Universitetsforlaget, 1988.

Moxnes, P. Angst og organisasjon - en beskrivelse av samspillet mellom de ansatte ved en psykiatrisk avdeling. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1978.

Moxnes, P. Læring og ressursutvikling i arbeidsmiljøet. Oslo: Institutt for Sosialvitenskap, 1981

Mørch, W-T. Omsorgsoppgaver - Profesjonell omsorg, tvang og rettssikkerhet. Oslo: ad Notam Gyldendal, 1992.

Mårtensson, L. Commitment and civil rights of the mentally ill. København: Sind, 1985.

Måseide, P. Normale og unormale gale. I Album/Midre (red) Mellom idealer og realiteter. Oslo: Ad Notam, 1991.

- Måseide,P. Medisinsk Sosiologi. Oslo:Aschehoug, 1983.
- Måseide, P. Paradoksal kommunikasjon i et terapeutisk miljø. Magistergradsavhandling i sosiologi, Universitetet i Tromsø,1975.
- Norhaug, O. The shadow educational system. Adult resource development.Oslo: Universitetsforlaget,1991.
- Norges offisielle statistikk. Helseinstitusjoner. Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå, 1983,1985,1987,1989.
- Norges offentlige utredninger. Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke. NOU 1988:8. Oslo:Forvaltningstjenestene Statens trykningskontor,1988.
- Norges offentlige utredninger. Utredning om lobotomi. NOU 1992:25. Oslo: Forvaltningstjenestene Statens trykningskontor, 1992.
- Ose,E. Virkninger av strukturendringer i psykiatriske sykehus. Bergen:Universitetsforlaget, 1976.
- Parson, T. The mental hospital as a type of social organization. I Greenblatt, Levinsens og Williams. The patient and the mental hospital.
- Parsons T. Sosiologiske essays - Utvalg og innledning ved Østerberg. Oslo: Pax forlag,1988.
- Rasmussen,Ø. Det psykiske helsevern. I Andenæs,K og Olsen,L.O.(red). Sosialrett. TANO,1991
- Repstad,P. Institusjonssosiologi. Oslo: Aschehoug/Tano, 1983.
- Retterstøl,N. Det psykiatriske sykehus i omforming 2. Oslo: Universitetsforlaget,1979.
- Skau, G.M. Mellom makt og hjelp. En samfunnsvitenskapelig tilnærming til forholdet mellom klient og hjelper. Oslo: TANO,1992.
- Skram,A. Professor Hieronimus. På St. Jørgen. Oslo: Pax forlag, 1984.
- Skårderud,F. Farvel til institusjonen. Oslo:gyldendal Norsk Forlag,1984.
- Stanton,A.H. & Schwartz,M. The Mental Hospital - a study of institutional participation in psychiatric illness and treatment. New York: Basic Books,1954.
- Sørhaug, H.K. Ansatte og innsatte i et psykiatrisk sykehus. Oslo: Hovedfagsoppgave, 1977.
- Szasz, T.S. The myth of mental illness - Foundations of a theory of personal conduct. USA:

Perennial Library. 1974.

Tranøy,J. Lobotomi i skandinavisk psykiatri. Oslo: KS-serien nr. 1-92 Institutt for kriminologi og strafferett, Univeritetet.

Tranøy,J. I sinnsykehusets vold - Innlagtes motstand mot legemlig behandling ved Gaustad sykehus. Oslo: Pax forlag,1993.

Tranøy,K.E. Vitenskapen - samfunnsmakt og livsform. Oslo: Universitetsforlaget,1988.

Øgar,B, Kolstad,A, Kindseth,O, Pasienter i psykiatriske institusjoner. 1.november 1984. Trondheim: NIS-Rapport 5/86.

Øgar,B. og Rosenquist,R. Pasienter innlagt i psykiatrisk sykehus etter LPH § 5 Mai/juni 1982. VPL-rapport nr 20,1986.

Vaglum,P,Karterud,S og Jørstad,J(red). Institusjonsbehandling i moderne psykiatri. Oslo:Universitetsforlaget,1984.

Vestergaard,J,Willadsen,J,Wilhjelm,P. Sindslidendes rettsstilling. Galskap Magt Afmagt. Copenhagen:Nordisk ForlagAS, 1985.

Willadsen,J.Sinnslidendes rettsstilling. København: Gyldendal Boghandel, 1985.

Waal,H. Psykiatri - PaxLeksikon. Oslo: Pax forlag,1980.

Waal,H. Psykiatrisk sykehus - utviklingsmuligheter og begrensninger. Oslo:Universitetsforlaget, 1978.

Wold,B. Case management - en organisasjonsmodell. Upublisert Hovedoppgave i sykepleie. Institutt for Sykepleievitenskap, Universitetet i oslo, 1990.

Zito,J.M, Craig,T.J., Wanderling,J. New York Under The Rivers Decision - an epidemiologic study of drug treatment refusal. Am.J.Psychiatry 1991 Jul,148.

VEDLEGG 1. TABELL OVER INNELIGGENDE PASIENTER 15.03.90 OG 15.10.91.

NPS	SALTEN A		NORD 4		SØR 4	
	V.90	H.91	V.90	H.91	V.90	H.91
£ 4	2	1	2	4	6	0
£ 3	1	3	1	2	0	7
£ 5	7	6	7	5	4	4
1. opphold	1	2	1	4	1	3
2.-5	3	2	3	4	2	5
6.-10	3	4	4	1	4	2
over 10	3	2	2	2	3	1
Antall pas. uten medisin	1	0	1	3	1	3
Schizofreni	6	5	6	4	5	5
Manisk-depr.	3	4	1	0	2	0
Psykose/pers.	0	1	1	4	2	2
Andre	0	0	2	2	1	1
Nevrose	1	0	0	1	0	3
20-39 år	6	6	6	6	4	5
40-50 år	3	1	2	4	4	2
Over 50år	1	3	2	1	2	4

Åsgård	A 1		A 2	
	V.90	H.91	V.90	H.91
£ 4	1	5	1	4
£ 3	3	0	2	1
£ 5	11	6	14	7
1. opphold	2	0	2	2
2.-5	4	5	2	4
6.-10	5	3	4	0
over 10	4	3	9	6
Antall pas. uten medisin	1	0	1	1
Schizofreni	9	6	11	6
Manisk-depr.	2	0	3	0
Psykose/pers.	3	2	2	4
Andre	0	3	1	2
Nevrose	1	0	0	0
20-39 år	10	8	10	7
40-50 år	3	3	5	5
Over 50år	2	0	2	0